

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK D.K UMUR 2 TAHUN DENGAN DIARE  
DEHIDRASI SEDANG RSUD Prof. DR. W.Z JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 19-21 MEI 2017**



**OLEH :**

**ADE MILKA KOEN**

**NIM 142111001**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK D.K UMUR 2 TAHUN DENGAN DIARE  
DEHIDRASI SEDANG RSUD Prof. DR. W.Z JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 19-21 MEI 2017**

Diajukan Untuk Memenuhi salah satu persyaratan memperoleh  
Gelar Ahli Mada Kebidanan



**OLEH :**

**ADE MILKA KOEN**

**NIM 142111001**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
SEKOLAH TIMGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2017**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa laporan tugas akhir ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Oktober2017

Yang menyatakan

ADE MILKA KOEN

142 111 001

## LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan tugas akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK D.K DENGAN DIARE DEHIDRASI SEDANG DI RUANGAN KENANGA RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 08-27 MEI 2017”** telah disetujui dan diajukan untuk seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas Nama: ADE MILKA KOEN NIM: 142 111 001 program studi D III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, September 2017

### Menyetujui

Pembimbing I



Merry A. Giri, S.Keb, Bd

Pembimbing II

Maria O. Baha, S.Tr. Keb

### Mengetahui

Ketua

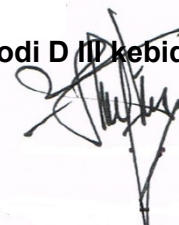
STIKes CHM-Kupang



Drg Jeffrey Jap, M. Kes

Ketua

prodi D III kebidanan



Meri Flora Ernestin, SST., M. Kes

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

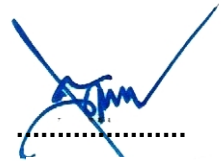

Laporan tugas akhir ini dengan judul”**ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK D.K UMUR 2 TAHUN DENGAN DIARE DEHIDRASI SEDANGDI RUANGAN KENANGA RSUD Prof.Dr.W.Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 19-21 MEI 2017**”telah disetujui dan diajukan dalam seminar laporan tugas akhir mahasiswa atas nama: Ade milka koen NIM: 142 111 001 program sudi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang. Benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Laporan Tugas akhir pada tanggal, 13 oktober 2017.

### Panitia penguji

Ketua: Appolonaris T. Berkanis, S. Kep., Ns, MH. Kes

Anggota: 1. Merry A.Giri,S.Keb,Bd

2. Maria O.Baha,STr.Keb

  
.....  
  
.....  
.....

### Mengetahui

Ketua

STIKes CHM-Kupang



Drg.Jeffrey Jap,M.Kes

Ketua

Prodi D III kebidanan

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Meri Flora Ernestin".

Meri Flora Ernestin,SST.,M.Kes

### **BIODATA PENULIS**

Nama : Ade milka koen

Tempat tanggal lahir : semau, 13 oktober 1995

Agama : kristen protestan

Alamat : jln.manafe ,kel.kayu putih.kec.oebobo.kota kupang

Pendidikan :

1. SDN 1 Hansisi (2003-2008)
2. SMPN 3 semau (2009-2012)
3. SMAN 1 semau (2012-2014)
4. Sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di stikes citra  
Husada Mandiri Kupang(2014-sekarang)

## MOTTO

Allah mengasihi orang-orang yang beriman di antara kamu

Dan orang-orang yang diberi ilmu, pengetahuan beberapa derajat

Keberhasilan tidak datang secara tiba-tiba, tapi karena usaha dan kerja keras, tapi usaha yang tidak barengi dengan doa, semua itu akan sia-sia.

## PERSEMBAHAN

Persembahan ini saya persembahkan kepada kedua orang tua saya: bapa luter koen dan mama yanse edon dan ke 4 saudara saya, dan teman-teman angkatan VII stikes chmk.

## **ABSTRAK**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan**

**Citra Husada Mandiri Kupang**

**Jurusan Kebidanan Kupang**

**Laporan Tugas Akhir, September, 2017**

**ADE MILKA KOEN NIM: 142111001ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK D.K UMUR 2 TAHUN DENGAN DIARE DEHIDRASI SEDANG DIRUANGAN KENANGARSUD Prof. DR. W. Z. YOHANNES KUPANG TANGGAL 19 S/D 21 SEPTEMBER 2017.**

**Latar belakang:**Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi tinja yang cair dan frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (3 kali dalam sehari). Diare merupakan salah satu permasalahan global yang memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi terutama di negara berkembang seperti di Indonesia. Penyakit diare erat hubungannya dengan higienitas perorangan dan lingkungan yang buruk. penyebaran penyakit diare pada umumnya melalui makanan dan minuman yang telah terkontaminasi

**Tujuan :**mampu menerapkan asuhan kebidanan secara komperhensif dengan pendekatan manajemen kebidanan pada anak dengan diare.

**Desain penelitian:**metode deskriptif,populasi semua anak dengan diare dehidrasi sedang di ruangan kenanga RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes kupang, sampel satu orang diare dengan dehidrasi sedang.

**Pembahasan:**Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang, dengankeluhan anak BAB encer sebanyak 5 kali, dan muntah 2 kali dalam satu hari,nafsu makan dan aktifitasnya menurun. Dari data tersebutdapat di diagnose Anak D.K umur 2 tahundengandiare dehidrasi sedang, Asuhan yang diberikanyaitupantaukeadaanumumpasiendan TTV, berikanpasien KIE, sertamelakukankolaborasidengandokteruntukmelakukantindakanpemberianterapi yaitu pemberian infus,oralit,paracetamol,vitamin B1 dan zink.danselalumengikutiperkembanganpasienselamapemberianasuhan.

**Kesimpulan :** Setelah penulis melakukan pengkajian dan pemberian asuhan pada Anak D.K Dengan diare dehidrasi sedang di Ruangan kenanga RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

**Kata kunci:** Diare, dehidrasi sedang



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-nya Sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAKD.K DENGAN DIARE DEHIDRASI SEDANG Di Ruangan KENANGA RSUD Prof W.Z. JOHANNES Kupang, Tanggal 19 s/d 21 Mei 2017”**, Dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis mendapat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada Merry A. Giri, S.Keb, Bd selaku pembimbing I, Maria O.Baha S.Tr. Keb selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

Bersama ini, perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
3. Ummu Zakiah, SST., M.Keb selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan, yang telah mengizinkan penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir
4. Para dosen Program Studi DIII Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan
5. Ny. S.K dan keluarga yang

telah bersedia menjadi responden pada Laporan Tugas Akhir saya.

6. Kedua orang tua tercinta bapak Luter koendan mama Yanse Agustina edonserta saudara tercinta saya Ka ledi adikarlin, yang telah memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Sahabat-sahabatku tary, sonya, Inces, windy, ritayang selalu memberikan dukungan dengan cara mereka masing-masing.
8. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII Kebidanan angkatan VII khususnya kelas A dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian Studi Kasus ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi Keperawatan/ Kebidanan.

Kupang, oktober 2017

Ade milka koen

## DAFTAR ISI

Judul	Halaman
HALAMANJUDUL.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM DAN PERSYARATAN GELAR.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIANPENGUJI.....	v
HALAMAN MOTO HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vi
HALAMAN BIODATA PENULIS.....	vii
HALAMAN KATA PENGANTAR.....	x
HALAMAN DAFTAR ISI.....	xi
HALAMAN DAFTAR GAMBAR.....	xii
HALAMAN TABEL.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar belakang masalah.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	2
1.3 Tujuan penelitian.....	3
1.4 Manfaat penelitian.....	4
1.5 Sistematika penulisan.....	5

<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>6</b>
2.1 Pengertian diare.....	6
2.2 Penyebab diare.....	7
2.3 Jenis diare.....	8
2.4 Pathogenesis.....	9
2.5 Patofisiologi.....	10
2.6 Gejala/gambaran klinis.....	10
2.7 Komplikasi.....	10
2.8 Klasifikasi diare.....	20
2.9 Pemeriksaan diagnostik dan penunjang.....	24
2.10 Penatalaksanaan diare.....	25
2.11 Konsep dasar diare.....	28
2.12 Konsep asuhan pada anak dengan diare.....	29
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>37</b>
3.1 Desain penelitian.....	37
3.2 Kerangka kerja.....	37
3.3 Lokasi dan waktu penelitian.....	39
3.4 Teknik dan instrumen pengumpulan Data .....	39
3.5 Etika penelitian.....	42
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>44</b>
4.1 Tinjauan kasus.....	44
4.2 pembahasan.....	49

<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>58</b>
---------------------------	-----------

5.1 Kesimpulan.....	58
---------------------	----

5.2 Saran .....	60
-----------------	----

## **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABEL

<b><u>Judul</u></b>	<b><u>Halaman</u></b>
2.1 Tabel penilaian derajat dehidrasi berdasarkan tanda dan gejala klien....	12
2.2 Klasifikasi diare.....	20

## DAFTAR GAMBAR

<u>Nomor</u>	<u>halaman</u>
--------------	----------------

Patway.....	27
-------------	----

.

## DAFTAR LAMPIRAN

<u>Lampiran</u>	<u>halaman</u>
-----------------	----------------

Lampiran format pengkajian	
----------------------------	--

Lampiran lembar konsultasi	
----------------------------	--



## DAFTAR SINGKAT

BPS	:Bidan Praktek Swasta
BAK	:Buang Air kecil
BAB	:Buang Air Besar
BB	:Berat Badan
DepKes	:Depertemen Kesehatan
KK	:Kekurangan Kalori
KKP	:Kekurangan Kalori Protein
DO	:Data Obyektif
DS	:Data Subyektif
SOAP	:Subjektif Objektif Assesment Planning

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak. Buang air besar yang tidak normal dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya akan berakibat terjadinya dehidrasi dengan gejala seperti tingkat kesadaran menurun, gelisah dan mukosa bibir kering, yang jika penanganannya tidak dilaksanakan secara cepat dan tepat akan menyebabkan kematian.

Profil kesehatan Indonesia pada tahun 2015 terjadi 18 kali KLB Diare yang tersebar di 11 provinsi, 18 kabupaten/kota, dengan jumlah penderita 1.213 orang dan kematian 30 orang (CFR 2, 47%). Data profil kesehatan kabupaten/kota perkiraan kasus Diare Provinsi NTT tahun 2011 berjumlah 200.721 kasus, yang ditangani sebanyak 111.046 kasus atau sebesar 55,3%. Pada tahun 2012 perkiraan kasus diare berjumlah 206.216 kasus, yang ditangani sebanyak 106.193 kasus atau sebesar 51,5%. Selanjutnya pada tahun 2013, perkiraan kasus diare berjumlah 209.553 kasus, yang ditangani sebanyak 102.217 kasus atau sebesar 48,8%. Pada tahun 2014 ditemukan penderita diare yang ditangani sebesar 86.429 kasus (80,2%) telah terjadi peningkatan, selanjutnya pada tahun 2015 penderita diare yang ditemukan dan ditangani sebesar 98.918 (90%), berarti terjadi penemuan dan pengobatan diare. Namun jika dibandingkan dengan target Renstra pada tahun 2015 yaitu menurunnya angka kesakitan diare menjadi 4 per 1000 penduduk tidak tercapai. Berdasarkan data yang diperoleh penulis dari

rekam medik di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang jumlah keseluruhan angka kejadian diare pada tahun 2016 adalah 334 orang.

Diare disebabkan faktor cuaca, lingkungan dan makanan. Perubahan iklim, kondisi lingkungan kotor, dan kurang memperhatikan kebersihan makanan merupakan faktor utamanya. Penularan diare umumnya melalui 4F yaitu : *food, fly, feces* dan *finger*. Pada balita kejadian diare lebih berbahaya dibandingkan pada orang dewasa. Jika terjadi diare, balita lebih rentan mengalami dehidrasi dan komplikasi lainnya yang dapat merujuk pada malnutrisi maupun kematian.

Pada dasarnya penyakit diare tidak begitu membahayakan apabila ditangani dengan tepat. Namun, meskipun demikian penyakit ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman bagi penderita. Salah satu cara mudah mencegah diare adalah mencuci tangan dengan sabun di air mengalir setiap kali memulai aktifitas, terutama makan. Hal ini meminimalisir adanya penyebaran kuman. Dengan mengetahui penyebab diare dan pencegahan, diharapkan masyarakat akan semakin waspada dan bisa lebih menjaga kebersihan. yaitu dengan cara mencuci tangan.

Berdasarkan data diatas penulis tertarik melakukan studi kasus tentang asuhan kebidanan pada anak D.K umur 2 tahun dengan Diare Dehidrasi sedang.

## **1.2 Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka asuhan kebidanan sangat berperan penting, oleh karena itu rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah "Asuhan kebidanan pada anak D.K

Umur 2 tahun dengan diare dehidrasi Sedang diruang kenanga RSUD Prof. W. Z. Johannes kupang.

### **1.3 Tujuan penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan pada anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di ruangan kenanga RSUD Prof. W. Z.Johannes kupang.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Melakukan pengkajian data pada anak D.K umur 2tahun dengan diare dehidrasi sedang di Ruang Kenanga RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang.
2. Mengetahui analisa masalah dan diagnosa pada anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di ruang kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
3. Merumuskan antispasi masalah potensial pada anak dengan Diare Dehidrasi sedang di ruang kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. Mengidentifikasi tindakan segera pada anak D.K umur 2 tahun dengan Diare Dehidrasi sedang di ruang kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
5. Melakukan perencanaan pada anak D.K umur 2 tahun dengan Diare Dehidrasi sedang di ruang kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
6. Melakukan pelaksanaan dari rencana asuhan kebidanan secara efektif dan efisien pada anak D.K umur 2 tahun dengan Diare

Dehidrasi sedang di ruang kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

7. Melakukan evaluasi pada anak D.K umur 2 tahun dengan Diare Dehidrasi sedang di ruang kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

#### **1.4 Manfaat penelitian**

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak dari sisi teoritis maupun praktik.

##### **1.4.1 Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan disiplin ilmu kebidanan dan tidak menutup kemungkinan bagi disiplin ilmu lainnya.

##### **1.4.2 Praktis**

1. Institusi pendidikan
  - a. Sebagai dokumen dan bahan perbandingan untuk penelitian selanjutnya
  - b. Menambah referensi yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya.

2. Lahan praktek

Dapat di gunakan gambaran informasi serta bahan untuk meningkatkan manajemen asuhan kebidanan yang diterapkan

Untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa mengenai asuhan kebidanan pada anak dengan febris dalam menghadapi studi kasus ini dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dan pengalaman belajar khususnya tentang manajemen asuhan kebidanan pada anak dengan diare

### **1.5 Sistematika Penulisan**

BAB I : Pendahuluan berisi uraian tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis, teori yang akan dibahas adalah konsep diare yang meliputi pengertian diare, etiologi atau penyebab terjadinya diare, jenis diare, patofisiologi diare, gejala klinis diare, komplikasi, klasifikasi diare, pemeriksaan penunjang dan penanganan. Diare serta konsep asuhan kebidanan dan aplikasinya dalam penatalaksanaan diare.

BAB III : Metodologi Penelitian Meliputi desain penelitian, kerangka kerja, lokasi dan waktu penelitian, teknik dan instrumen pengumpulan data, etika penelitian.

BAB IV : Hasil Penelitian dan Pembahasan, Tinjauan kasus, berisi laporan kasus yang ditulis dalam bentuk manajemen kebidanan, yaitu pengkajian, analisa diagnose masalah, antisipasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kemudian dilanjutkan dengan catatan perkembangan menggunakan pencatatan model SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment dan Planning). Pembahasan atau analisis tentang tinjauan kasus berdasarkan teori dan hubungannya dengan kasus yang diangkat.

BAB V : Penutup berisi kesimpulan dan saran

### **LAMPIRAN**

### **DAFTAR PUSTAKA**

**2.1 Pengertian Diare**

Diare adalah gangguan fungsi penyerapan dan sekresi dan saluran pencernaan, dipengaruhi oleh fungsi dan dapat diidentifikasi dan perubahan jumlah konsistensi, frekwensi, dan warna dari tinja diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi 1 kali atau lebih BAB dengan bentuk tinja encer atau cair (suriadi dan rita yuliani, 2001).

Diare merupakan suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi (whaley dan wong,1997). Sedangkan menurut FKUI(1991) diare adalah pola buang air besar yang tidak normal dengan bentuk tinja encer serta adanya peningkatan frekwensi BAB yang lebih dari biasanya. Sering BAB tidak berarti menderita diare. Bayi yang menyusui pada ibunya, BAB sehari 1 kali atau dalam 2-3 hari hanya BAB 1 kali, masih dikatakan normal. Diare didefinisikan sebagai mencret sehari lebih dari 3 kali, yang lebih dikenan oleh tingkat mencretnya dari pada jumlah BAB.

Diare yang mengakibatkan dehidrasi akut merupakan masalah pada anak umur 2 tahun sehingga diare merupakan pembunuh tunggal terbesar pada bayi, diare mengakibatkan malnutrisi gangguan pertumbuhan dan kualitas anak yang rendah. Malnutrisi dapat berbagai penyebab dan juga sebagai akibat diare. Penderita akibat diare ini sering

masih ditambah menjadi lebih parah dengan penghentian pemberian makanan dan minuman selama periode diare, baik oleh ibunya maupun petugas kesehatan. Diare lebih sering terjadi pada bayi yang mendapat susu dari botol. Diare dapat disebabkan oleh bakteri, virus rotavirus, dan protozoa. Pada bayi, 15-30% terjadinya diare akut disebabkan oleh bakteri, sedangkan pada bayi umur 6 bulan sampai 2 tahun 50-60% diare disebabkan oleh rotavirus. Rotavirus merupakan virus RNA, yang tersebar luas diseluruh dunia. 5-10% diare diseluruh dunia, biasanya disebabkan oleh infeksi protozoa.

## 2.2 Penyebab diare/etiologi

Etiologi diare dapat dibagi menjadi 4 faktor yaitu:

### 1. Faktor infeksi

- a. Infeksi enteral : infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.

Infeksi enteral ini meliputi :

- a) Infeksi bakteri: *E. coli*, *salmonella*, *shigella*, *vibria cholerae*,  
*aeromonas*, dll.
- b) Infeksi virus: *enterovirus*, *adenovirus*, *rotavirus*, *astrovirus*
- c) Infeksi parasit: cacing (*ascaris*), protozoa (*trichomonas haminis*).  
Jamur (*candida algicans*)

- b. Infeksi parenteral : infeksi dibagian tubuh lain di luar alat pencernaan seperti:

- a) Tonsilofaringitis (radang tonsil)
- b) Radang tenggorokan



Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun (sudarti.2010:77-78).

## 2. Faktor malarbsorbsi

a. Malarbsorbsi karbohidrat (disakarida monosakarida) pada bayi kepekaan terhadap *lactoglobulin* dalam susu formula menyebabkan diare. Gejalanya merupakan diare berat, tinja berbau sangat asam, sakit di daerah perut.

### b. Malarbsorbsi lemak

Dalam makanan terdapat lemak yang disebut triglyserida. Dengan bantuan kelenjar *lipase* mengubah lemak menjadi micelles yang siap di arbsorbsi usus. Diare dapat terjadi. Gejalanya adalah tinja mengandung lemak

### c. Malarbsorbsi protein

Asam amino, blactoglobulin

## 3. Faktor makanan

Makanan yang mengakibatkan diare adalah makanan yang tercemar, basi, beracun, mentah( sayuran) dan kurang matang makanan yang kecampuran racun *clostridium botulinum* ,stafilokokust (bahan kimia)

## 4. Faktor psikologis

Rasa takut, cemas dan tegang, walaupun jarang jika terjadi pada anak dapat menyebabkan diare kronis (sudarti.2010:77-78)

## 2.3 Jenis diare

### a. Diare akut

Diare akut adalah diare yang terjadi sewaktu-waktu, tetapi gejalanya dapat menjadi berat.

Penyebabnya sebagai berikut :

- 1) Gangguan jasad renik/bakteri yang masuk kedalam usus halus setelah melewati berbagai rintangan asam lambung
- 2) Jasad renik yang berkembang pesat di dalam usus halus
- 3) Racun yang dikeluarkan oleh bakteri
- 4) Kelebihan cairan usus akibat racun

b. Diare kronik

Pada diare kronik terjadinya

## 2.4 Pathogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah:

a) Gangguan osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul usus

b) Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

c) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare.

## 2.5 Patofisiologi

Sebagai akibat diare baik akut maupun kronik akan terjadi:

- a. Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik, hipokalemia).
- b. Gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah).
- c. Hipoglikemia
- d. Gangguan sirkulasi darah

## 2.6 Gejala /gambaran klinis

- a. Bayi atau anak menjadi cengeng atau gelisah, suhu badan meningkat, napsu makan menurun.
- b. Tinja encer, berlendir atau berdarah
- c. Warna tinja kehijauan akibat bercampur dengan cairan empedu
- d. Anus lecet
- e. Gangguan gizi akibat intake(asupan makanan yang kurang
- f. Muntah sebelum dan sesudah diare

Bila keadaan semakin berat akan terjadi dehidrasi dengan gejala sebagai berikut : rasa haus, mulut kering, mata cekung, pada bayi ubun-ubun cekung. kehilangan berat badan normal, turgor kulit menurun (lebih dari detik dehidrasi berat). kulit kehilangan kekenyalan, nadi lemah dan cepat (suryanah,1996:157).

## 2.7 Komplikasi

- a. Dehidrasi (Ringan, Sedang, Berat)

Dehidrasi adalah kehilangan air dari tubuh atau jaringan atau keadaan yang merupakan akibat kehilangan air abnormal. Menurut Gayton (1995),

dehidrasi adalah hilangnya cairan dari semua pangkalan cairan tubuh. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa dehidrasi merupakan keadaan kehilangan cairan tubuh.

Terdapat banyak sebab kehilangan cairan tubuh dan kandungan elektrolit diantaranya kehilangan melalui kulit seperti diaphoresis, luka bakar. Kehilangan cairan tubuh melalui saluran perkemihan, misalnya karena diuresis osmotik, diabetes insipidus.

Ada dua jenis dehidrasi yaitu:

- 1) Dehidrasi dimana kekurangan air lebih dominan dibandingkan kekurangan elektrolit (dehidrasi isotonis). Pada dehidrasi jenis ini terjadi pemekatan cairan ekstraseluler, sehingga terjadi perpindahan air dari intrasel ke ekstrasel yang menyebabkan terjadi dehidrasi intraseluler. Bila cairan intrasel berkurang lebih dari 20%, maka sel akan mati. Dehidrasi jenis ini terjadi bila seseorang minum air laut pada saat kehausan berat.

- 2) Dehidrasi dimana kekurangan elektrolit lebih dominan dibanding kekurangan air (dehidrasi hipertonik). Pada dehidrasi jenis ini cairan intraseluler bersifat hipotonis, sehingga terjadi perpindahan air dari ekstrasel ke intrasel yang menyebabkan terjadi edema intrasel. Dehidrasi jenis ini terjadi bila seseorang mengalami kekurangan cairan hanya diatasi dengan minum air murni tanpa mengandung elektrolit.

Dehidrasi sangat bahaya terhadap keselamatan hidup manusia. Tingkat keparahan yang ditimbulkan akibat dehidrasi bergantung pada seberapa besar derajat dehidrasi yang dialaminya. Perawat harus mampu untuk mengidentifikasi tingkat dehidrasi yang terjadi pada

klien. Untuk mengetahuinya, ada beberapa cara yang dapat dilakukan.

Pertama, tingkat keparahan dehidrasi dapat dihitung dari penurunan berat badan.

Tabel. 2.1 Penilaian derajat dehidrasi berdasarkan tanda dan gejala pada klien

Penilaian	A	B	C
Keadaan Umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai, atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering
Air mata	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Sangat kering
Rasa haus	Minum biasa, tidak haus	Haus, ingin minum banyak	Malas minum atau tidak bisa minum
Turgor kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali sangat lambat
Hasil pemeriksaan	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan/ sedang  Bila ada 1 tanda. Ditambah 1 atau lebih tanda lain.	Dehidrasi berat  Bila ada 1 tanda ditambah 1 atau lebih tanda lain.

Ada tingkatan derajat tingkat dehidrasi, antara lain (Asmadi, 2008):

1) Dehidrasi kronik.

Kalau terjadinya secara perlahan disebut dehidrasi kronik. Tubuh tidak akan merasakannya. Reaksi tidak terlalu nyata dan tidak cepat muncul. Tapi akan menunjukkan gejala setelah beberapa waktu. Kemudian, tubuh akan beradaptasi. Adaptasinya, cairan hanya sedikit saja di dalam tubuh. Lalu tubuh menurunkan metabolisme atau performa fisik, sehingga orangnya akan lebih lamban secara fisik dan berpikir. Dua dampak yang berbeda, walau dengan jumlah persentase kekurangan air yang sama.

## 2) Dehidrasi ringan.

Dari jumlah cairan yang keluar, dehidrasi akan disebut ringan jika kekurangan baru mencapai sekitar 10 persen atau 1500 ml. keluhan haus. Jika mencapai minus 20 persen atau 3000 ml, maka itu adalah keluhan sedang. Tapi, jika itu terjadi sangat mendadak, akibatnya sudah bisa fatal. Karena mungkin sebelumnya pasien sudah menderita dehidrasi kronik, yang teradaptasi, kemudian dia mengalami situasi ini.

## 3) Dehidrasi berat

Dehidrasi disebut berat jika kekurangan mencapai 30% atau sekitar 3000 ml. Untuk yang terakhir ini, dampak paling mengerikan adalah kematian.

### **b. Renjatan hipovolemik**

Rejatan merupakan kegawatdaruratan medis dengan morbiditas dan mortalitas tinggi (>20%) yang membutuhkan penanganan segera. Keterlambatan penanganan dapat menyebabkan kematian atau gejala sisa. Gejala awal rejatan pada anak berbeda dengan dewasa karena fungsi organ dan kemampuan kompensasi tubuh yang relatif berbeda dengan di segala jenis usia. Rejatan hipovolemik terjadi akibat berkurangnya volume darah intravaskuler. Kehilangan cairan yang cepat dan banyak menurunkan preload ventrikel sehingga terjadi penurunan isi sekuncup dan curah jantung sehingga terjadi penurunan hantaran oksigen ke jaringan tubuh. Pada rejatan karena perdarahan, selain terjadi penurunan CO juga terjadi penurunan Hb sehingga transport oksigen ke jaringan makin berkurang.

Penyebab renjatan hipovolemik adalah:

- 1) Kehilangan cairan dan elektrolit: diare, muntah, diabetes insipidus, heat stroke, renal loss, luka bakar.
- 2) Perdarahan internal: rupture hepar/ lien, trauma jaringan lunak, frekuensi tulang panjang, perdarahan saluran cerna (ulkus peptikum, divertikulum meckel, Mallory-weis syndrome). Perdarahan eksternal: trauma.
- 3) Kehilangan plasma: luka bakar, sindrom nefrotik, obstruksi ileus, DBD, peritonitis. Penyebab lain adalah kebocoran kapiler (capillary leak syndrome), cairan intravaskuler keluar ke jaringan seperti luka bakar, sepsis, penyakit-penyakit peradangan lain, pada keadaan ini anak tampak sembab meski sebenarnya kekurangan cairan intravaskuler. Patofisiologi sangat berhubungan dengan penyebab renjatan. Namun secara umum bila terjadi penurunan tekanan darah maka tubuh akan mengadakan respon untuk mempertahankan sirkulasi dan perfusi yang adekuat pada organ vital melalui reflex neurohormonal.

Bila terjadi hipovolemik maka kompensasi yang terjadi adalah:

- 1) Baroreseptor: respon ini mendapat rangsangan dari perubahan tegangan dalam pembuluh darah. Bila terjadi penurunan tekanan darah maka rangsangan terhadap baroreseptor akan menurun menyebabkan penurunan rangsangan terhadap cardioinhibitory centre, dan penurunan hambatan terhadap pusat vasomotor dan akan mengakibatkan takikardi dan vasokonstriksi.

2) Kemoreseptor: respon baroreseptor mencapai respon maksimal bila tekanan darah menurun sampai 60 mmHg. Bila TD menurun dibawah 60mmHg maka yang bekerja adalah kemoreseptor. Akibatnya adalah vasokonstriksi yang luas dan rangsangan pernafasan.

c. **Hipokalemia** (dengan gejala meteosinus, hipotoni otot, lemak gradiksida, perubahan elektro kardiogram).

d. **Hipoglikemia**

Gejala hipoglikemi yang sering terjadi adalah sering merasa ngantuk, lemas, dan sering sakit kepala. Hal ini tidak boleh dibiarkan berlarut-larut.

Hipoglikemi adalah suatu keadaan dimana kadar gula darah hingga dibawah 60 mg/dl. Padahal kinerja tubuh terutama otak dan system syaraf, membutuhkan glukosa dalam darah yang berasal dari makanan berkarbohidrat dalam kadar yang cukup. Kadar gula darah normal adalah 80-120 mg/dl pada kondisi puasa, 100-180 mg/dl pada kondisi setelah makan.

Otak memerlukan gula darah sebagai energy karena dalam metabolisme, tubuh kita dapat menggunakan bermacam-macam sumber energy, misalnya lemak. Sedangkan sel-sel otak yang dapat menggunakan sumber energy yang berasal dari karbohidrat yang berupa glukosa. Oleh sebab itu, jika kadar gula darah terlalu rendah maka organ pertama yang terkena dampaknya adalah beserta system saraf pusat.

Faktor-faktor penyebab hipoglikemi adalah:

1) Pelepasan insulin yang berlebihan oleh pankreas sehingga menurunkan kadar gula darah secara cepat.



- 2) Dosis insulin terlalu tinggi yang diberikan kepada penderita diabetes untuk menurunkan kadar gula darahnya.
- 3) Kelainan pada kelenjar hipoksia atau kelenjar adrenal.
- 4) Kelainan pada penyimpanan karbohidrat atau pembentukan glukosa di hati.

Gejala memang tidak mudah dikenal karena hampir sama dengan gejala penyakit lain, seperti diabetes dan kekurangan darah (anemia). Gejala-gejala hipoglikemia antara lain gelisah, gemetar, banyak berkeringat, lapar, pucat, sering menguap karena merasa ngantuk, lemas, sakit kepala, jantung berdebar-debar, rasa kesemutan pada lidah, jari-jari tangan dan bibir, penglihatan kabur atau ganda serta tidak dapat berkonsentrasi.

Hipoglikemi dapat menyebabkan penderita mendadak pingsan dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan suntikan serta infuse glukosa. Jika dibiarkan terlalu lama, penderita akan kejang-kejang dan kesadaran menurun. Apabila terlambat mendapatkan pertolongan dapat mengakibatkan kematian.

Hipoglikemi berbahaya dibandingkan kelebihan kadar gula darah (hiperglikemia) karena kadar gula darah terlalu rendah selama lebih dari enam jam dapat menyebabkan kerusakan tak terpulihkan (irreversible) pada jaringan otak dan saraf. Tidak jarang hal ini menyebabkan kemunduran kemampuan otak.

Dari banyak kasus yang terjadi, hipoglikemi sering dialami oleh para penderita diabetes mellitus (DM) akibat penggunaan obat anti diabetes yang dosisnya terlalu tinggi. Selain itu banyak juga dialami

diabetes yang salah dalam menerapkan diet kalori dan gula. Mereka sembarangan mengurangi konsumsi makanan yang mengandung zat gula sehingga lupa bahwa tubuh juga tetap memerlukan zat gula. Kegiatan fisik yang berlebihan tanpa diimbangi dengan asupan glukosa yang cukup dapat kali juga menyebabkan keadaan hipoglikemia. Hipoglikemia jika menyerang anak-anak sangat berbahaya dan memiliki dampak yang buruk terhadap *spatial memory* (daya ingat ruang dan jarak). Dalam yang dilakukan dr. Tamara Hershey dari Universitas Kedokteran (UK) St. Louis, Missouri-Amerika, disimpulkan bahwa kondisi otak pada anak-anak yang berusia balita lebih mudah diserang hipoglikemia dibanding pada anak yang lebih dewasa.

- e. **Intoleransi sekunder** akibat kerusakan villi mukosa usus defisiensi enzim laktosa.

**f. Kejang**

Kejang merupakan respon terhadap muatan listrik abnormal di dalam otak. Dua pertiga orang yang pernah mengalami kejang, di kemudian hari tidak pernah mengalami kejang lagi. Sepertiganya mengalami kejang kambuhan (suatu keadaan yang disebut *epilepsy*).

Jika hanya melibatkan daerah yang kecil, maka penderita mungkin hanya merasakan seperti ada bau atau rasa yang aneh, tetapi jika melibatkan daerah yang luas, maka akan terjadi sentakan dan kejang otot atau di seluruh tubuh. Penderita juga bisa merasakan perubahan kesadaran, kehilangan kesadaran, kehilangan pengendalian otot atau kandung kemih dan menjadi linglung.

Kejang sering kali di dahului oleh aura, yang merupakan sensasi yang tidak biasa dari penciuman, rasa atau pengendalian atau perasaan yang kuat bahwa akan terjadi kejang. Kadang sensasi ini menyenangkan dan kadang sangat tidak menyenangkan. Sekitar 20 persen penderita epilepsy mengalami aura.

Kejang biasanya berlangsung selama -5 menit. Sesudahnya penderita bisa merasakan sakit kepala, sakit otot, sensasi yang tidak biasa, linglung dan kelelahan. Penderita biasanya tidak data mengingat apa yang terjadi selama dia mengalami kejang.

Jenis kejang yang paling sering terjadi pada anak-anak adalah:

a. Kejang infantile

Seorang anak yang berbaring terlentang tiba-tiba bangun dan melipat lengannya, lehernya ditekuk dan badannya membungkuk, sedangkan tungkainya lurus. Serangan berlangsung hanya selama beberapa detik tetapi mbisa terjadi beberapa kali dalam sehari.

Kejang ini biasanya terjadi pada anak-anak berusia kurang dari 3 tahun, dan banyak yang berkembang menjadi bentuk kejang lainnya di kemudian hari. Sebagian anak yang mengalami kejang infentil mengalami gangguan intelektual atau perkembangan sarafnya tertunda, keterbelakangan mental biasanya terus berlanjut sampai dewasa. Kejang ini sulit dihentikan dengan obat anti-epilepsi.

b. Kejang demam

Kejang demam terjadi karena demam pada anak-anak yang berusia 3 bulan -5 tahun. Kejang ini terjadi pada 4 % anak-anak dan cenderung diturunkan. Kejang biasanya berlangsung kurang dari 15 menit. Anak-

anak yang mengalami kejang demam lebih mudah menderita epilepsy.

**g. Malnutrisi**

Malnutrisi adalah keadaan patologis yang disebabkan oleh konsumsi makanan yang bertitik berat pada zat makanan yang kualitasnya tidak memadai disbanding dengan kuantitasnya, sebagai akibat kekurangan atau kelebihan makanan esensial tertentu secara relative atau absolute. Karenan yang dimaksud pada umumnya adalah kekurangan kalori dan protein selanjutnya malnutrisi berarti kurang kalori dan protein (KKP). Spectrum derajat KKP luas, mulai dari ringan, sedang sampai berat. KKP yang berat dibedakan menjadi kwashiorkor.

Penyebab malnutrisi secara umum adalah intake makanan kurang dan atau adanya penyakit sistemik. Keadaan ini menyebabkan kebutuhan meningkat atau kehilangan nutrient meningkat, gangguan absorbs atau digesti. Intake yang kurang sering dijumpai pada kemiskinan, ketidaktahuan dan sedang menderita penyakit. kekurangan protein dengan relative kelebihan energy akan menyebabkan kwashiorkor primer, sedangkan kekurangan keduanya protein dan energy dalam waktu yang cukup lama akan menyebabkan marasmus.

(Sudarti, 2010: 79).

## 2.8 Klasifikasi diare

Tabel. 2. 2 Klasifikasi Diare Berdasarkan MTBS

### a) Untuk Dehidrasi

Gejala	Klasifikasi	Tindakan/pengobatan
<p>Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia atau tidak sadar</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Tidak bias minum atau malas minum</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali sangat lambat</li> </ul>	Diare dehidrasi berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tidak ada klasifikasi berat lain: Beri cairan untuk dehidrasi berat dan tablet zinc sesuai rencana terapi c</li> <li>• Jika anak mempunyai klasifikasi berat lain: -rujuk segera -jika masih bisa minum, berikan asi dan larutan oralit selama perjalanan</li> <li>• Jika anak &gt;2 tahun dan ada kolera di daerah tersebut, beri antibiotic untuk kolera</li> </ul>
<p>Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah, rewel/mudah marah</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Haus, minum dengan lahap</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali lambat</li> </ul>	Diare dehidrasi ringan /sedang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri cairan, tablet zinc dan makanan sesuai rencana terapi B</li> <li>• Jika terdapat klasifikasi berat lain: -rujuk segera Jika masih bias minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasehati kapan kembali segera</li> <li>• Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan.</li> </ul>
Tidak cukup tanda-tanda untuk di klasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang	Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri cairan dan makanan sesuai rencana terapi A dan tablet</li> <li>• Zinc</li> <li>• Nasehati kapan kembali segera</li> <li>• Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan</li> </ul>

## b) Jika Diare 14 hari atau lebih

Gejala	klasifikasi	Tindakan/ pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada dehidrasi</li> </ul>	Diare persisten berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain.</li> <li>• Rujuk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanpa dehidrasi</li> </ul>	Diare persisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nasehati pemberian makan untuk diare persisten</li> <li>• beri tablet zinc selama 10 hari berturut-turut</li> <li>• kunjungan ulang 3 hari</li> </ul>

c) ada darah dalam tinja

Gejala	Klasifikasi	Tindakan/ pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> <li>ada darah dalam tinja</li> </ul>	Disenteri	<ul style="list-style-type: none"> <li>beri antibiotic yang sesuai</li> <li>beri tablet zinc selama 10 berturut-turut</li> <li>nasihati kapan kembali segera.</li> <li>kunjungan ulang 3 hari.</li> </ul>

## RENCANA PENGOBATAN A

### Pencegahan dehidrasi

Jelaskan kepada ibu bagaimana mengobati diare di rumah.

Lima tindakan yang harus dilakukan jika anak menderita diare adalah:

- berikan kepada anak anda cairan lebih banyak dari biasanya untuk mencegah dehidrasi:  
 cairan yang dapat diberikan di rumah adalah:
  - larutan gula garam, air tajin, air sayur bayam, dll
  - ASI dan susu formula harus terus di berikan
- lanjutkan pemberian makanan
  - berikan makanan yang baru disiapkan. Makanan yang di anjurkan adalah bubur dengandaging atau ikan.tambahkan bebrapa tetes minyak.
  - Berikan pisang atau sari buah segar untuk menambah kalium
  - Berikan makanan setiap 3-4 jam(6x serhari). Pada anak yang masih kecil, berikan makanan lebih seringdengan porsi lebih sedikit
  - Bujuksupaya anak makan sebanyak mungkin

- Masak dan hancurkan atau cincang makanan dengan baik agar mudah dicerna
- Setelah diare berhenti, beri tambah satu porsi makanan selama seminggu atau sampai berat badan sebelum tercapai kembali.

3. bawa anak anda ke petugas kesehatan bila

- buang air besar beberapa kali
  - sangat haus
  - mata menjadi cekung/kering
  - demam
  - tidak mau makan atau minum seperti biasa
  - kelihatan tidak bertambah baik
  - pada tinja terdapat darah
- } dehidrasi berat

4. perlihatkan kepada ibu bagaimana cara mencampur dan memberikan oralit

tunjukkan kepada ibu, beberapa banyak oralit yang harus diberikan:

- ❖ umur < 2 tahun : 50-100 ml (1/4 gelas) setiap bab
- ❖ umur 2-5 tahun: 100-200 ml (1/2 gelas) setiap bab
- ❖ anak-anak yang lebih besar: minum sebanyak mungkin

bila anak muntah, tunggu 10 menit kemudian pemberian oralit diteruskan

tetapi lebih lambat: 1 sendok makan setiap 2-3 menit

berikan kepada ibu untuk 2 kali.

5. Jelaskan kepada ibu 7 intervensi yang efektif untuk mencegah diare



## 2.9 Pemeriksaan Diagnostik dan Penunjang

### a. Anamneses

Diare >3x/hr, feses cair, ada lendir, ada darah, perut mules, demam, badan terasa lemas, nafsu makan berkurang.

### b. Pemeriksaan fisik

Pada pasien dengan diare biasanya didapatkan keadaan umum lemah, nyeri perut atau sampai kram abdomen, feses cair, terkadang ada lendir dan darah, nadi cepat, suhu tubuh meningkat, mual, muntah, akral hangat, mukosa kering. Bila terjadi syok hipovolemik maka pasien akan gelisah, nadi cepat >120 x/mnt, TD menurun, mukosa pucat, akral dingin dan kadang sianosis, anuria.

### c. Pemeriksaan penunjang

#### 1). Pemeriksaan tinja

2). Berat jenis plasma untuk menentukan deficit cairan akibat diare.

3). Pemeriksaan kadar elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dalam serum (terutama penderita diare yang disertai dengan kejang).

4). Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah (Analisa Gas Darah) mendeteksi adanya asidosis metabolik.

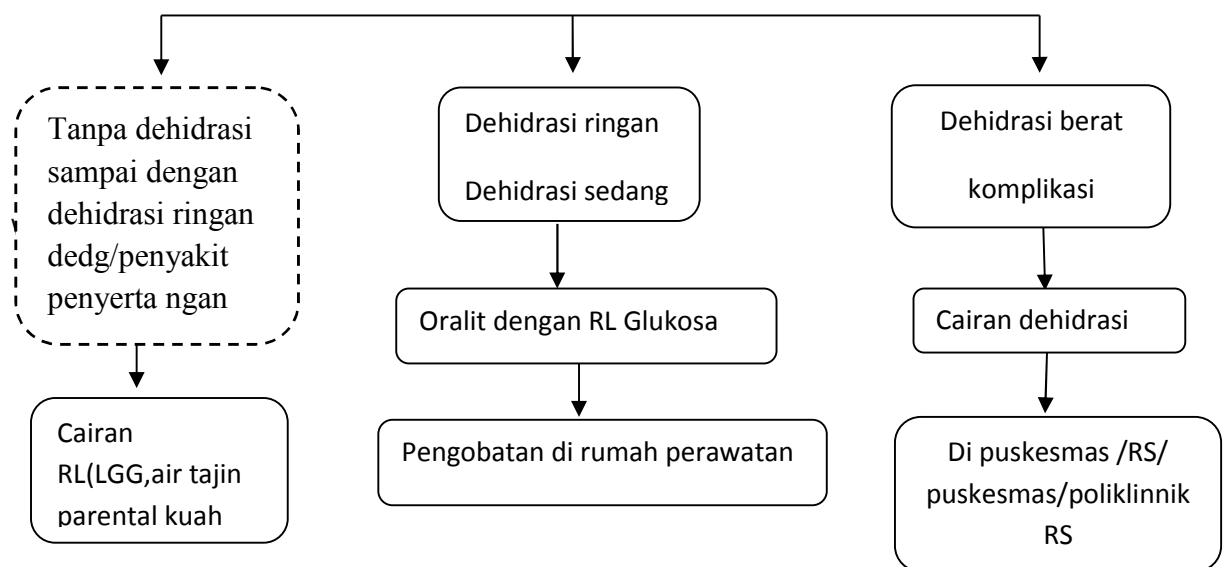
5). Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal (Suryanah, 1996: 158)

## 2.10 Penatalaksanaan Diare

Prinsip perawatan diare adalah:

- a. Pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumat)
- b. Dietetik (pemberian makanan)
- c. Obat-obatan

Skematika penatalaksanaan berdasarkan keadaan Diare



Sumber : (Ngastiyah, 2012)

jumlah cairan yang di berikan tanpa dehidrasi adalah 100 ml/kgBB/hr sebanyak 1x setiap 2 jam. Diberikan 20% dalam 4 jam 1 dan sisanya adlibitum.

Jika setiap kali diare dan umur anak < 2 th di berikan  $\frac{1}{2}$  gelas <2-6 th di berikan 1 gelas Anak besar diberikan 2 gelas

Pada dehidrasi ringan dan diarenya 4x sehari maka di berikan cairan 25-100 ml/kgBB dalam sehari atau setiap jam 2x. Oralit diberikan pada kasus dehidrasi ringan-berat  $\pm$  100 ml/kgBB/4-6 jam.

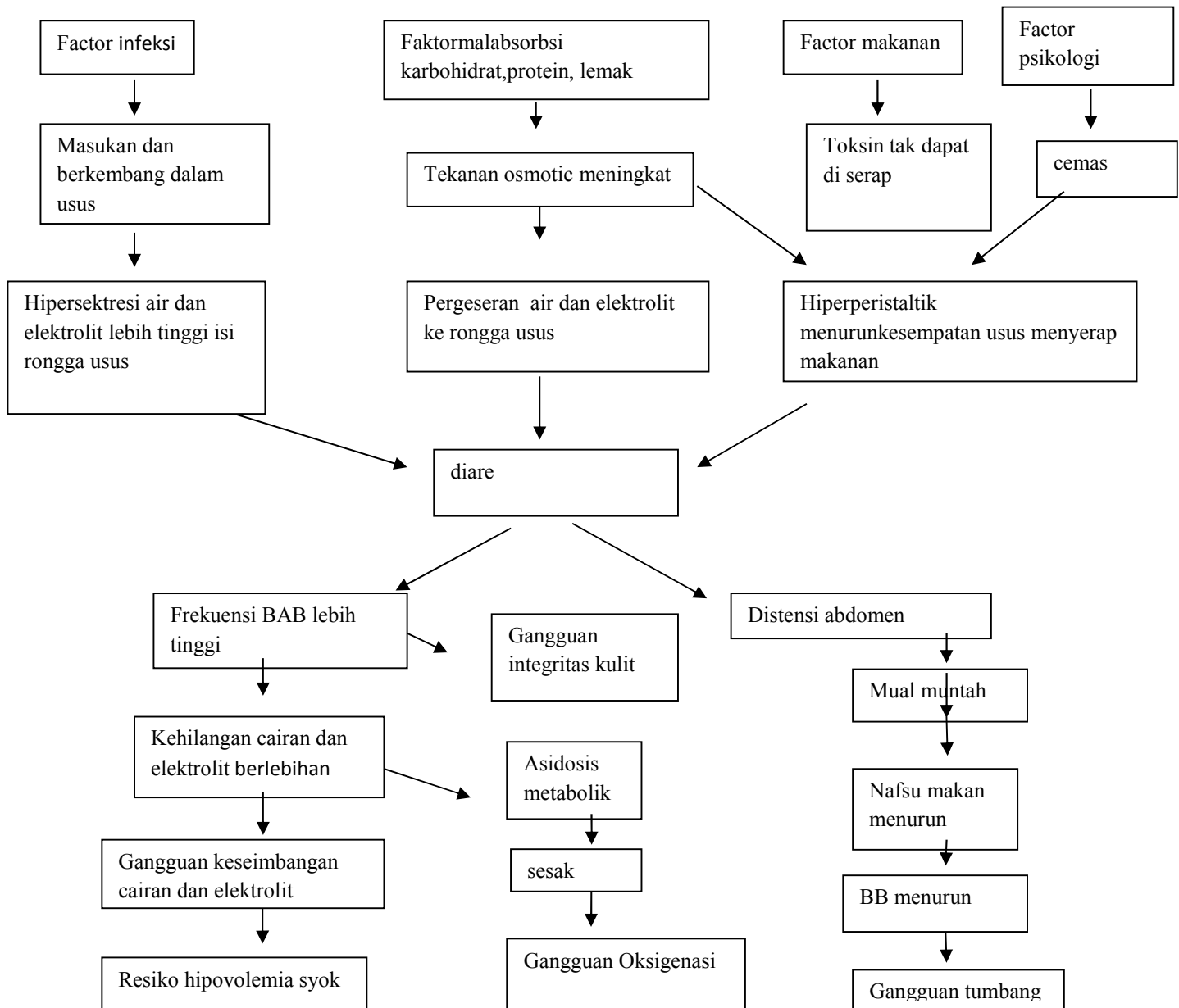
Beberapa cara membuat cairan RT:

1. LGG
2. Gula pasir 1 sendok the munjung
3. Garam dapur halus  $\frac{1}{2}$  sendok the +air masak/air the hangat 1 gelas
4. Air tajin (21+5 gram)
  - a. Cara tradisonal
 

3 L air + 100 gr atau 6 sendok makan munjung beras di masak selama 45-60 menit. Setelah masak air tajin (2L + 5 gr garam)
  - b. Cara biasa
 

2 L air + tepung beras 100 gr + 5 gr garam dimasak hingga mendidih dan akan didapat air tajin.

### Patway



## 2.11 Klasifikasi diare

1. Menurut simadibrata (2006), diare dapat diklasifikasikan berdasarkan:

a. Lama waktu diare

1). Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari.

sedangkan menurut *World Gastroenterology Organization Global guidelines* (2005) diare akut didefinisikan sebagai pasase tinja yang cair atau lembek dengan jumlah lebih banyak dari normal, yang berlangsung kurang dari 14 hari. diare akut biasanya sembuh sendiri, lamanya sakit kurang dari 14 hari, dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasi tidak terjadi (wong, 2009).

2). Diare kronik adalah diare yang berlangsung lebih dari 14 hari

3). berdasarkan banyaknya kehilangan cairan dan elektrolit dari tubuh, diare dapat dibagi menjadi:

a. Diare tanpa dehidrasi

Pada tingkat diare ini penderita tidak mengalami dehidrasi karena frekuensi diare masih dalam batas toleransi dan belum ada tanda-tanda dehidrasi.

b. Diare dengan dehidrasi ringan (3%-5%)

Pada tingkat diare ini penderita mengalami diare 3 kali atau lebih, kadang-kadang muntah, terasa haus, kencing sudah mulai berkurang, nafsu makan menurun, aktifitas sudah mulai menurun, tekanan nadi masih normal atau takikardia yang minimum dan pemeriksaan fisik dalam batas normal.

c. Diare dengan dehidras sedang(5%-10%)

Pada keadaan ini, penderita akan mengalami takikardi, kencing yang kurang atau langsung tidak ada, iritabilitas atau lesu, mata dan ubun-ubun besa menjadi cekung,turgo kulit berkurang,selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering, air mata berkurang dan masa pengisian kapiler memanjang(>\_2 detik) dengan kulit yang dingin yang dingin dan pucat.

d. Diare dengan dehidrasi berat(10%-15%)

Pada keadaan ini, penderita sudah banyak kehilangan cairan dari tubuh dan biasanya pada keadaan ini penderita mengalami takikardi dengan pulsasi yang melemah, hipotensi dan tekanan nadi yang menyebar, tidak ada penghasilan urin, mata dan ubun-ubun besar menjadi sangat cekung, tidak ada produksi ir mata, tidak mampu minum dan keadaanya mulai apatis,kesadarannya menurun dan juga masa pengisian kapiler sangat memanjang(>\_3 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat

## 2.12 Konsep Dasar Diare

Diare pada dasarnya adalah seringnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya dengan konsistensi yang lebih encer. berikut ini beberapa pengertian diare menurut para ahli yaitu sebagai berikut.

1. Adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari empat kali pada bayi dan lebih tiga kali pada anak. konsistensi feses encer, dapat

berwarna hijau, dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (FK UI, 1996)

2. Adalah keadaan individu mengalami keadaan keadaan buang air besar yang normal, ditandai dengan seringnya kehilangan cairan, feses yang tidak berbentuk (Susan Martin T, 1998).
3. Adalah defekasi encer lebih dari tiga kali sehari dengan atau tanpa darah dan atau lendir dalam tinja (Suharyono, 1999).
4. Adalah bertambahnya jumlah atau berkurangnya konsistensi tinja yang dikeluarkan (Soeparto Pitono dkk, 1999).

## **2.13 Konsep asuhan pada anak dengan diare**

### **I. Pengkajian**

#### **1. Identitas pasien/biodata**

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua, penghasilan. Untuk umur pada pasien diare akut, sebagian besar anak-anak di bawah 2 tahun. Insiden paling tinggi umur 6-11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. (Depkes RI, 1999:5).

#### **2. Keluhan utama**

Buang air besar (BAB) lebih 3 kali sehari. BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (diare tanpa dehidrasi). BAB 4-10 kali dengan konsistensi cair (dehidrasi ringan/sedang). BAB lebih dari sepuluh kali (dehidrasi berat). Bila diare berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut. Bila berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten.

3. Riwayat penyakit sekarang menurut suharyono 1999:59) sebagai berikut.

- a. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat. nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemungkinan timbul diare.
- b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
- c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.
- d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
- e. Bila pasien telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai tampak.
- f. Diuresis, yaitu terjadi oliguri (kurang 1 ml/kg/BW/jam) bila terjadi dehidrasi.

4. Riwayat kesehatan meliputi sebagai berikut.

- a. Riwayat imunisasi terutama anak yang belum imunisasi campak. Diare lebih sering terjadi dan berakibat berat pada anak-anak dengan campak atau yang menderita campak dalam 4 minggu terakhir, yaitu akibat penurunan kekebalan pada pasien.
- b. Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotik) karena faktor ini salah satu kemungkinan penyebab diare (Axton, 1993:83)
- c. Riwayat penyakit yang sering pada anak dibawah 2 tahun biasanya batuk, panas, pilek dan kejang yang terjadi sebelum,



selama atau setelah diare, seperti : OMA, tonsilitis, faringitis, bronko, pneumonia, ensefalitis (suharyono,1999:59).

#### 5. Riwayat nutrisi

Riwayat pemberian makanan sebelum sakit diare meliputi hal sebagai berikut.

1. Pemberian ASI penuh pada anak umur 4-6 bulan sangat mengurangi resiko diare dan infeksi yang serius.
2. Pemberian susu formula, apakah menggunakan air masak, diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah terjadi pencemaran.
3. Perasaan haus. anak yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa), pada dehidrasi ringan atau sedang anak merasa haus, ingin minum banyak, sedangkan pada dehidrasi berat anak malas minum atau tidak bisa minum

#### 6. Riwayat Penyakit Keluarga.

Perlu ditanyakan apakah keluarga ada yang menderita penyakit diare sebelumnya atau tidak, karena pada kasus diare penularannya lewat udara atau kontak langsung dengan penderita diare (Nursalam, 2005).

#### 7. Riwayat Psikososial.

Dikaji berdasarkan riwayat keluarga apakah sebelum pasien sakit ada kontak dengan keluarga yang sakit lainnya dan adanya kecemasan dari orang tua dan keluarga atau tidak (Nursalam, 2005).

#### 8. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Pada Pola pemenuhan kebutuhan dasar pada anak dengan diare yaitu: Nutrisi: Menurut Nursalam (2005), pengkajian tentang jenis

makananyang dikonsumsi sehari-hari. Perasaan haus bayi yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Pada dehidrasi ringan atau sedang bayi merasa haus ingin minum banyak. Sedangkan pada dehidrasi berat, bayi malas minum atau tidak bisa minum, Eliminasi: Pengkajian tentang BAB dan BAK yang meliputi kondisi, frekuensi, dan warnanya. Pada kasus anak dengan diare, anak BAB lebih dari 3 kali per hari dan berbentuk encer, Aktivitas : Untuk mengetahui kegiatan anak sehari-hari. Pada kasus bayi sakit diare aktivitas anak berkurang (Nursalam, 2005), Istirahat/tidur : Berapa lama bayi tidur siang, malam, keadaan bayi tenang atau gelisah (Nursalam, 2005). Pada bayi sakit diare dehidrasi sedang pada pola tidurnya tidak teratur, keadaan bayi gelisah (Nursalam, 2005) dan Personal Hygiene : Untuk mengetahui bagaimana cara menjaga kebersihan dan menilai kerentanan terhadap infeksi.

#### **i. Obyektif**

##### **1). Pemeriksaan Umum**

##### **a). Keadaan Umum**

untuk pasien dengan diare dehidrasi sedang keadaan umumnya lemah.

##### **b). Kesadaran**

kesadaran pasien : composimentis

TTV :

- 1) Suhu : 38°C
- 2) Nadi : 115 x/menit
- 3) Pernafasan : 35x/menit

4) BB : 10 kg

2). Pemeriksaan fisik

- a) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih, mata sedikit cekung
- b) Mulut :bibir dan lidah tampak kering
- c) Telinga:simetris dan tidak ada serumen
- d) Abdomen :perut tidak kembung, turgor, pada perut ketika di cubit kembalinya lama
- e) Ekstremitas : tidak ada oedema dan kelainan
- f) Turgo kulit : menurun

### III. Analisa Masalah Dan Diagnosa

Pembagian diare menurut departemen kesehatan meliputi diare akut dan diare kronis. Pada tingkat diare akut untuk diagnosis diare akut penderita mengalami demam disertai dengan gejala klinis lain.

### IV. Antisipasi Masalah Potensial

Pembagian diare menurut departemen kesehatan meliputi diare akut dan diare kronis. Pada tingkat diare akut untuk diagnosis diare akut penderita mengalami demam disertai dengan gejala klinis lain.

### V. Tindakan Segera

Untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat diare, maka tindakan segera di lakukan adalah:

1. Kolaborasi dengan dokter spesialis anak
2. Observasi *vita sign*
3. Pemberian cairan
4. Pemberian infus RL

## **VI. Perencanaan**

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan. pada anak sakit dengan diare dehidrasi sedang meliputi pencegahan hipotermi, pemberian ASI secara langsung, pemberian antibiotik dan pemberian infus RL atau NaCL 150 MI/hari, 1/4 dan diberikan 4 jam pertama  $\frac{3}{4}$  nya diberikan 20 jam berikutnya.

## **VII. Pelaksanaan**

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

## **VIII. Evaluasi**

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Pada langkah ini evaluasi dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah didefinisikan dalam diagnosa.

Kriteria evaluasi asuhan kebidanan pada anak sakit diare dehidrasi sedang adalah sebagai berikut:

1. Keadaan umum baik
2. Ubun-ubun dan mata tidak cekung
3. Turgor kembali normal
4. Mulut dan lidah tidak kering

5. Tidak dehidrasi
6. Tidak terjadi diare dehidrasi berat
7. BAB menjadi normal

### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan laporan studi kasus dengan metode deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif. Studi kasus merupakan rancangan penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian.

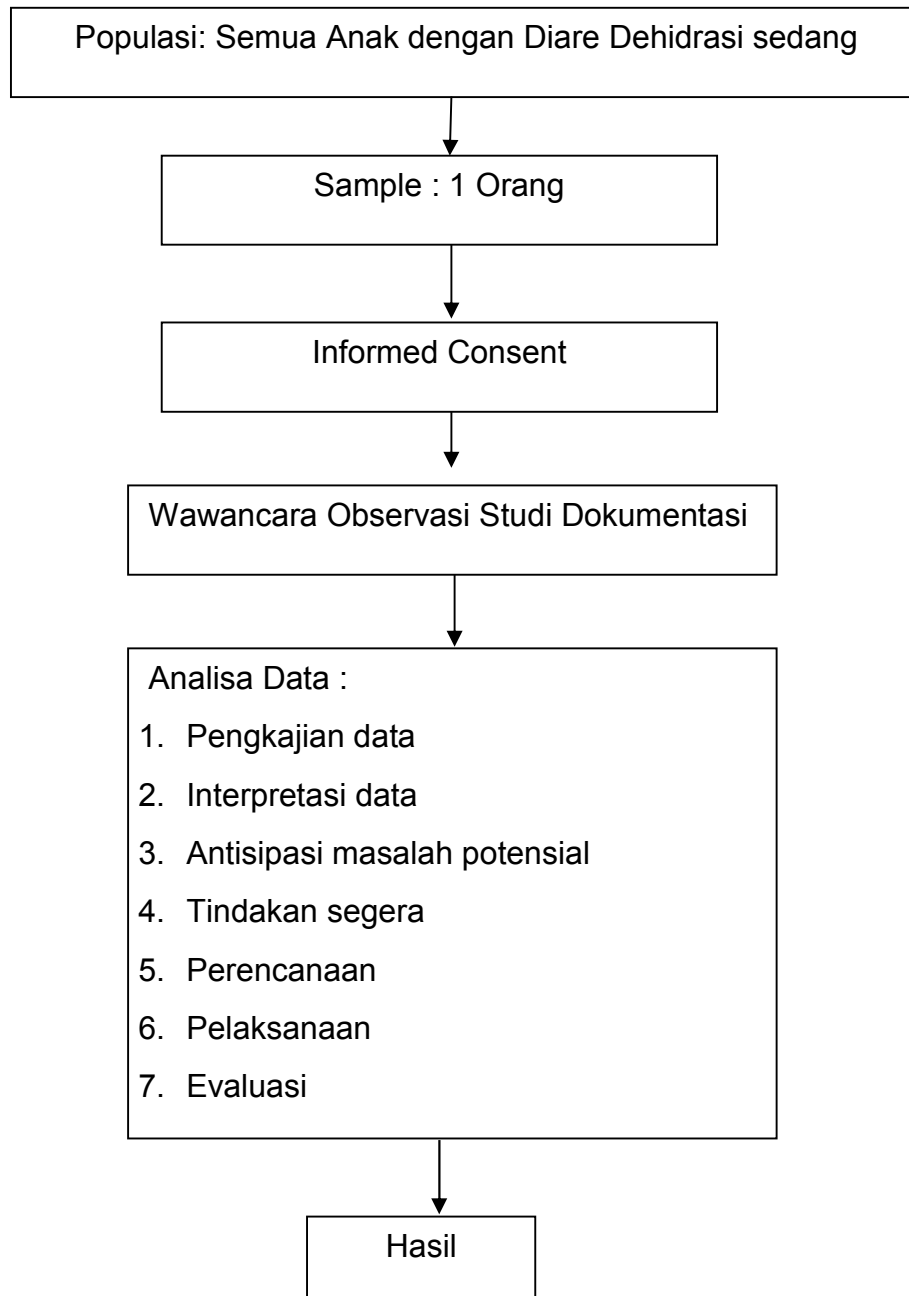
Rancangan dari suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara rinci meskipun jumlah respondennya sedikit sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2008).

Studi kasus ini dilakukan pada anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di ruangan kenanga RSUD Prof.Dr.W.Z.Yohannes kupang.

### **3.2 Kerangka Kerja**

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

**Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:**



Gambar 3.1 Kerangka Kerja penelitian pada kasus Anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang

### 3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini dilaksanakan di ruang kenanga RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang dari tanggal 08 Mei 2017.

### 3.4 Teknik dan Instrument Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Teknik pengumpulan data pada studi kasus ini adalah dengan cara mengambil data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek-objek penelitian oleh peneliti.

1. Data primer diperoleh dengan cara:

- a. Pemeriksaan

- 1) Pemeriksaan umum terdiri dari pemeriksaan keadaan umum, kesadaran, postur tubuh, tinggi badan, berat badan. (Romauli, 2011).

- 2) Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrument tertentu yang dilakukan dengan 4 teknik menurut (Romauli 2011) yaitu:

- a) Inspeksi

- Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang.

- b) Palpasi

- Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba.



c) Auskultasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mendengarkan.

d) Perkusi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan hammer.

3) Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan berupa pemeriksaan laboratorium.

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut atau *face to face*. Jadi data tersebut diperoleh secara langsung dari responden melalui satu pertemuan atau percakapan. Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi (Notoarmodjo, 2012). Wawancara pada studi kasus ini dilakukan pada ibu dan keluarga untuk memperoleh data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya.

c. Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera penglihatan seperti perilaku pasien, ekspresi wajah, bau, suhu (Romauli, 2011).

2. Data sekunder

Data sekunder adalah dokumentasi catatan medis yang merupakan sumber informasi yang penting bagi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi masalah, mengegakkan diagnosa dan merencanakan asuhan. Data sekunder terdiri dari:

a. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam rangka mencari landasan teoritis dari permasalahan penelitian. Studi kepustakaan yang baik akan menyediakan dasar untuk menyusun kerangka teoritis yang komprehensif dimana hipotesis dapat dibuat untuk diuji. Dua macam pustaka yang dapat dijadikan bahan pustaka dalam penelitian adalah pustaka primer yang merupakan daftar bacaan dari hasil penelitian atau studi pustaka yang diperoleh dari jurnal penelitian/jurnal ilmiah dan pustaka primer yang diperoleh dari berbagai sumber seperti buku, teks, indeks, ensiklopedia (Hidayat, 2011).

b. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen. Pada studi kasus ini menggunakan buku register yang ada di ruangan Kenanga /Anak, rekam medik RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang.

Instrument penelitian adalah alat-alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dapat berupa kuesioner (pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir yang berkaitan dengan pencatatan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Instrumen penelitian yang digunakan pada studi kasus ini yaitu format asuhan kebidanan pada Anak sakit, dan selanjutnya digunakan format asuhan kebidanan nifas sebagai data untuk catatan perkembangan.

### 3.5 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah surat rekomendasi studi kasus dari kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada mandiri program studi Diploma III Kebidanan diterima oleh pihak Rumah Sakit RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang. Dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subjek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia.

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penekanan masalah etika penelitian yakni pada beberapa hal berikut ini:

a. Lembar persetujuan (*informed consent*)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi (Hidayat, 2011).

b. Tanpa nama (anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2011).

c. Kerahasiaan (confedentialy)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2011).

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Tinjauan Kasus**

Untuk memperoleh gambaran nyata mengenai asuhan kebidanan anak dengan diare maka penulis mengambil satu kasus di ruangan kenangga RSUD Prof Dr W.Z. Johannes Kupang dalam melakukan asuhan keperawatan pada kasus diare, data diperoleh melalui pengamatan, wawancara, pemeriksaan fisik, perawatan dan studi kasus yang dilakukan mulai tanggal 19 Mei s/d 21 Mei 2017.

##### **I. Pengkajian**

Pengumpulan data yang dilakukan di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada hari Senin tanggal 21 Mei 2017, pasien berinisial D.K, jenis kelamin perempuan, umur 2 tahun. Ayah pasien berinisial Tn.R.B dan ibu pasien berinisial Ny.H.L Anak tinggal bersama kedua orang tuanya. Bertempat tinggal di pasir panjang II, Rt 05/Rw 02. Beragama Kristen, pendidikan terakhir ayah SMA dan pendidikan terakhir ibu SMA, informasi diperoleh dari Ibu pasien.

Keluhan utama : Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya menceret sejak pukul 09.20 WITA sebanyak 5 kali, muntah sebanyak 2 kali dan badan terasa panas hingga dibawa ke rumah sakit.

Riwayat kehamilan dan kelahiran : prenatal : selama hamil ibu sering memeriksa kehamilannya di puskesmas, tidak ada kelainan atau sakit hanya mual muntah pada awal kehamilan dan hilang dengan sendirinya

saat umur kehamilan mencapai usia kehamilan 4 bulan. Natal : ibu melahirkan secara normal di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, ditolong oleh bidan. Post Natal : anak lahir dengan BBLR dengan berat badan 3000 gram, makanan, minuman, obat dan lain-lain Anak suda mendapatkan imunisasi yang lengkap.

Riwayat penyakit yang pernah di derita oleh orang tua : dalam keluarga ada yang pernah mengalami sakit yang sama seperti yang di derita pasien yaitu menceret tapi tidak pernah masuk rumah sakit. Keadaan saat ini : diagnose medic dari anak D.K adalah diare dehidrasi sedang, sejak pukul 09.20 wita. sebanyak 5 kali dan muntah sebanyak 2 kali badan anak terasa panas, obat-obat yang di berikan adalah cofotaxme 2x1 secara IV, parasetamol sirup 3x1, cotrimoxasole 2x1 secara IV, oralit, ranitidin dan terpasang infus RL 500 ml 20 tpm.

Pada pemeriksaan fisik pasien tampak lemah, mukosa bibir lembab, bentuk wajah oval, wajah tampak pucat, tidak ada oedema, konjungtiva merah muda, telinga bersih, dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada, turgor kulit baik, tidak ada kelainan pada genitalia,

Hasil pemeriksaan laboraturium tanggal 22 Mei 2017, hemoglobin 11,1 g/dL, jumlah leukosit : 25,37 mL, jumlah trombosit :580L. terpasang infus RL, BB :10 kg, TB 79 cm, tanda vital : S:38°C, N: 115x/menit RR:35x/ menit Pemeriksaan tingkat perkembangan kemandirian, anak sudah mampu melakukan semua hal dengan cara mandiri namun kadang-kadang mandi, dan makan di bantu oleh salah satu orang tua pasien .

Orang tua dan keluarga hanya mengetahui bahwa sakit yang di derita adalah menceret biasa.

## II. Analisa Masalah dan Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian di atas dapat ditegakkan diagnosanya yaitu Anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang. Data subjektif yang mendukung diagnose yaitu ibu mengatakan bahwa anaknya menceret sebanyak 5 kali, dan muntah sebanyak 2 kali dan badan terasa panas. Data objektif yang mendukung diagnose yaitu keadaan umum lemah, mata cekung, minum dengan lahap. tanda tanda vital, S:38°C, RR: 35x/menit N:115x/menit, Terpasang infus RL.

## III. Merumuskan Diagnosa/Masalah Potensial

Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian, tidak ada perbedaan masalah potensial antara teori dengan yang di temukan pada kasus. Adapun masalah potensial tersebut adalah potensial resiko terjadinya diare dehidrasi berat.

## IV. Tindakan Segera

Tindakan pada anak dengan diare dehidrasi sedang adalah : memantau keadaan umum anak dan tanda-tanda vital, pemasangan infus RL 500 MI 20 tpm, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.

## V. Perencanaan

Perencanaan yang dilakukan pada anak D.K dengan diare dehidrasi ringan pada hari selasa tanggal 18 Mei 2017 jam 14.05 wita adalah : informasikan hasil pemeriksaan anak pada orang tua, rasional : keluarga dapat mengetahui tentang kondisi kesehatan anak, anjurkan ibu untuk tetap memperhatikan makan-makanan yang bergizi pada anak, rasional :

makan- makanan yang bergizi dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan dapat mempercepat proses penyembuhan. Anjurkan orang tua untuk tetap mempertahankan istirahat yang cukup dan teratur pada anak. Rasional : istirahat yang cukup dan teratur dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Anjurkan orang tua untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memberi makan pada anak, rasional: pencegahan infeksi, observasi tetesan infus yang masuk dan keluar, rasional: dengan memberi terapi secara teratur dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan. Dokumentasikan hasil pemeriksaan, sebagai bahan evaluasi, tanggung jawab serta tanggung gugat atas tindakan yang di lakukan.

#### V. Pelaksanaan

Melakukan pelaksanaan pada anak D.K dengan diare dehidrasi ringan sesuai dengan apa yang telah direncanakan pada hari selasa 18Mei 2017 jam 14.10 wita. Menginformasikan hasil pemeriksaan anak kepada orang tua, monitoring: pemeriksaan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital: S:38°C, RR: 35x/menit N:115x/menit, pemeriksaan antropometri, tinggi badan: 79 cm, berat, berat badan : 10 kg, menganjurkan orang tua untuk tetap memperhatikan makan-makanan yang bergizi pada anak, monitoring : anak telah makan nasi, sayur, tempe dan daging ayam. Menganjurkan orang tua untuk tetap mempertahankan istirahat yang cukup dan teratur pada anak seperti tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam sehari, monitoring: ibu bersedia mengikuti anjuran yang di berikan. Mengobservasi tetesan infus, monitoring: infus jalan lancar dengan tetesan 20x/menit. Mengobservasi tetesan yang masuk



dan keluar, monitoring : melanjutkan terapi dengan dokter yaitu: cefotaxime 2x1 secara IV, parasetamol sirup 3x1, cotrimoxazole 2x1 secara IV, oralit, ranitidin, zink, obat telah diberikan. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan, monitoring: hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan.

Pada tanggal 19 Mei 2017 pukul 08.00 wita pasien anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang. Pada pemeriksaan KU pasien baik, kesadaran komposmetis, suhu:37°C, RR: 35x/menit N:115x/menit Observasi input sudah dilakukan, diperoleh hasil : Anak D.K makan nasi dan sayur dengan porsi sedikit, minum oralit, minum air putih 4 gelas, obat yang diberikan sudah di minum dan terpasang infus 20 tpm pada tangan kanan.

Pada tanggal 20 Mei 2017 pukul 13.00 wita Ibu mengatakan anaknya BAB 2 kali dalam satu hari, konsistensinya cair, disertai ampas dan anaknya tidak terlalu lemas dan masih rewel, anaknya mau minum banyak air putih dan makannya sedikit. keadaan umum baik, kesadaran : komposmetis, suhu:36,8°C, RR: 28x/menit N:110x/menit, muka tidak pucat conjungtiva merah muda sklera putih mata sudah tidak cekung, perut tidak kembung turgor pada perut jika di cubit kembalinya normal dan pada tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm menganjurkan ibu untuk tetap memberikan anaknya minum air putih yang banyak dan Meneruskan terapi obat, Mengobservasi pola BAB meliputi frekuensi dan konsistensi.

## VI. Evaluasi

Mengevaluasi semua tindakan yang telah dilakukan pada anak D.K dengan diare dehidrasi ringan pada hari Selasa, tanggal 21 Mei 2017, jam : 14.10 wita. S: ibu mengatakan anaknya masih lemas. O: KU : lemah, kesadaran : composmentis, TTV: S: 38°C, N: 115x/menit RR:35x/menit. An D.K umur : 2 tahun dengan diare dehidrasi ringan. P : 1. Anjurkan orang tua anak untuk tetap memberikan makan dan minum pada anak. 2. Anjurkan orang tua anak untuk tetap memperhatikan pola istirahat anak 3. Anjurkan orang tua anak untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memberi makan pada anak. 4. Lanjutkan terapi sesuai instruksi dokter yaitu : infus RL 20 tpm, cefotaxime 2x1 secara IV, parasetamol 3x1, cotrimoxazole 2x1 secara IV, oralit, ranitidin, zink.

### 4.2 Pembahasan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang selama 3 hari penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terdapat dalam tinjauan teori dengan kenyataan yang penulis temukan sejak melakukan pengkajian, interpretasi data, diagnose potensial, antisipasi, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, penulis diuraikan sebagai berikut.

#### 1. pengkajian

Pada kasus anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang, data subjektif yang diperoleh penulis : anak BAB encer sebanyak 5 kali, dan muntah 2 kali dalam satu hari, nafsu makan dan aktifitasnya menurun. Setelah mengalami gejala seperti itu anak tidak mau makan. Data objektif : keadaan umum anak lemah, suhu badan tubuh S:38°C,

berat badan 10 kg, mata cekung, mukosa bibir kering, turgor kulit saat kulit bagian perut di cubit pengembalian kulit seperti semula melambat, bising usus(+) meningkat abdomen kembung. anus lecet dan kemerahan hal ini sesuai dengan teori yang penulis peroleh yaitu berdasarkan teori (Ngastiyah,2012:224) Data subyektif dan data obyektif yang diperoleh penulis, sesuai dengan gejala yang dialami anak D.K Dalam teori yang ditulis oleh (yongki dkk,2012).

Diare adalah frekuensi buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali/hari pada anak, yang disebabkan oleh peristaltik usus meningkat, karena mengkonsumsi makanan basi, beracun dan sayuran yang dimasak kurang matang dapat menyebabkan usus kurang optimal dalam menyerap makanan sehingga terjadi diare dengan menimbulkan tanda dan gejala seperti anak gelisah, rewel karena perutnya tidak nyaman/sakit. suhu tubuh meningkat karena terjadi infeksi pada saluran pencernaan, mata cekung karena kehilangan sebagian besar cairan dari tubuh, keadaan umum anak lemah karena pengeluaran tinja yang berulang, penurunan turgor kulit karena dehidrasi yang mengerahkan cairan interstitial ke tempat vascular untuk mempertahankan volume darah sirkulasi, menyebabkan kekenduruan pada lapisan dermal kulit, anak muntah karena lambung turut meradang akibat gangguan keseimbangan asam basah dan anus lecet karena sering buang air besar dan anus kemerahan karena memakai pampers.

## **2. Analisa masalah dan diagnosa**

Data yang diperoleh penulis adalah data subyektif: anak BAB encer sebanyak 5 kali, dan muntah 2 kali dalam satu hari, anak rewel disertai

dengan suhu tubuh panas, seperti mengalami gejala seperti itu anak tidak mau makan. Data objektif yang diperoleh penulis : keadaan umum anak lemah, suhu tubuh S:38°C, berat badan 10 kg, mata cekung, mukosa bibir kering, turgor kulit, pada kulit bagian perut saat di cubit pengembalian kulit kembali seperti semula melambat, bising usus(+), abdomen kembung, anus lecet dan kemerahan.

Berdasarkan klasifikasi diare dalam buku MTBS tahun 2015, didiagnosa diare dehidrasi ringan/sedang jika memiliki dua atau lebih. Tanda gejala seperti : gelisah, mata cekung, haus, minum dengan tahap dan cubitan kulit perut kembali lambat. Analisa masalah dan diagnosa yang penulis tegakkan adalah anak D.K dengan diare dehidrasi sedang, karena penulis memperoleh 3 tanda bahaya klasifikasi diare dehidrasi sedang yaitu anak gelisah, mata cekung dan turgor kulit menurun.

### **3. Analisa masalah potensial**

Analisa masalah dan diagnosa pada kasus anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang, analisa masalah potensial yang bisa terjadi adalah terjadinya dehidrasi berat, menurut Hidayat tahun 2008, terjadi dehidrasi berat jika kekurangan cairan mencapai 30% atau sekitar 3000 ml.

### **4. Tindakan segera**

Tindakan segera pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang dilakukan tindakan kolaborasi dengan dokter, untuk pemberian antibiotik. Hal ini sesuai dengan yang dikatakan Ngastiyah (2005), kebutuhan tindakan segera yang dilakukan pada anak dengan diare antara lain

kolaborasi dengan spesialis anak, yaitu pemberian antibiotik berupa pemberian infus, oralit, paracetamol, vitamin B1 dan zink.

Berdasarkan pedoman MTBS tahun 2015 adalah retraksi yaitu pemberian oralit dan pemberian obat. oralit adalah campuran garam elektrolit seperti natrium klorida(NaCl). Dan trisodium sitrat hidrat, serta glukosa, oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terhubung saat diare. walaupun air hangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit oralit. Campuran oralit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga lebih diutamakan oralit. campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat diserap baik oleh usus penderita diare suplemen zinc merupakan salah satu cara yang dimanfaatkan untuk membantu mengatasi diare, bersamaan dengan pemberian cairan untuk dehidrasi. suplemen zinc diketahui mampu mencegah terulangnya diare pada anak.

## **5. Perencanaan**

Pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang perencanaannya berupa observasi keadaan umum, observasi pola BAB, anjurkan ibu untuk memberikan anak banyak minum air putih, berikan nutrisi yang mengandung cukup energi dan terapi sesuai advis dokter berupa oralit 100 cc 3x1, molagit 15,7 mg 3x1, paracetamol 300 mg 3x1, vitamin B1 60 mg ndan zink 20 mg 1x1. pada langkah ini terdapat kesenjangan antara teori.

Menurut FKUI(2006), perencanaan pada anak sakit diare dengan diare dehidrasi sedang meliputi pencegahan hipotermi, pemberian ASI

secara langsung atau tidak, pemberian antibiotik dan pemberian infus RL atau NaCL 150 ml/hari, 1/4 nya diberikan 4 jam pertama, 3/4nya diberikan 20 jam berikutnya

### **Pelaksanaan**

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada orang tua pasien yaitu:  
Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, suhu 38°C, N: 115x/menit, RR:35x/ menit.
- 2) Menjelaskan pada orang tua tentang tanda bahaya diare yaitu:mual muntah yang berlebihan, anak tidak mau makan dan minum, pusing dan lemah atau lemas, kejang.
- 3) Melakukan rehidrasi pada anak baik oral maupun parenatal yaitu:1 saset oralit di larutkan dalam satu gelas air matang yang hangat diberikan pada anak setelah BAB, cotri 2x240 mg dalam sehari,zinc 1x20 mg dalam sehari, domperidon 2x5 mg dalam sehari, paracetamol 3x250 mg dalam sehari, pemberian cairan infus RL dengan 12 tetes per menit.

### **6. Evaluasi**

Pada kasus anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di lakukan perawatan di RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes kupang selama 4 hari. didapatkan hasil keadaan umum anak baik. Kesadaran composmentis, dari pelaksanaan pada kasus anakdengan diare dehidrasi sedang telah membaik dan tidak mengalami komplikasi yang berat.

### Catatan perkembangan hari ke pertama

Tanggal :19 mei 2017

Jam :09.00 wita

Diagnosa :anak umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang

**S:** Ibu mengatakan anaknya BAB 5 kali dalam satu hari, konsistensinya cair, anaknya masih lemas dan rewel, anaknya sering haus dan makannya sedikit.

**O:**keadaan umum baik, kesadaran : composmentis, suhu : 38°C, RR: 35x/ N:115x/menit, muka tampak pucat conjungtiva merah muda sklera putih, mata cekung, perut kembung turgor pada perut jika di cubit kembalinya agak lama dan pada tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm

**A:**anak D.K Umur 2 tahun jenis kelamin perempuan dengan diare dehidrasi sedang

**P:** tanggal 19 mei 2017

1. Jam 09.15 WITA : mrngobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
2. Jam 09.25 WITA : Mengobservasi input dan nutrisi berupa cairan misalnya cairan infus
3. Jam 09.27 WITA : Mengobservasi pola BAB meliputi frekuensi dan konsistensi
4. Jam 09.32 WITA : Memberikan anak air putih untuk minum yang banyak
5. Jam 09.37 WITA : Meneruskan terapi dokter

**E:**tanggal:19 mei 2017

Jam:12.00 wita

1. Kedaan umum baik,suhu:37°C, RR: 35x/ N:115x/menit
2. Observasi input sudah dilakukan,dipeoleh hasil:

Anak D.K makan nasi dan sayur dengan porsi sedikit,minum oralit,minum air putih 4 gelas,obat yang diberika sudah di minum dan terpasang infus 20 tpm pada tangan kanan.

3. Anak D.K BAB 1 kali dengan konsistensi cair wara kuning kecoklatan pada pukul 16.00 tita dan sudah tidak muntah
4. Memberikan banyak minum air putih pada anak
5. Terapi dokter masih diteruskan

#### **Catatan perkembangan hari ke kedua**

Tanggal :20 mei 2017

Jam :13.00 wita

**S:** Ibu mengatakan anaknya BAB 2 kali dalam satu hari,konsistensinya cair, disertai ampas dan anaknya tidak terlalu lemas dan masih rewel,anaknya mau minum banyak air putih dan makannya sedikit.

**O:**keadaan umum baik,kesadaran:composmentis,suhu:36,8°C, RR: 28x/ menit  
N:110x/menit,muka tidak pucat conjungtiva merah muda sklera putih,mata sudah tidakcekung,perut tidak kembung turgor pada perut jika di cubit kembalinya normal dan pada tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm

**A:**anak D.K Umur 2 tahun jenis kelamin perempuan dengan diare dehidrasi sedang

**P:** tanggal 20 mei 2017

1. Jam 13.20 WITA:menganjurkan ibu untuk tetap memberikan anaknya minum air putih yang banyak
2. Jam 13.25 WITA: Meneruskan terapi obat
3. Jam 13.35 WITA:Mengobservasi pola BAB meliputi frekuensi dan konsistensi



4. Jam 13.40 WITA:Mengobservasi tetsan infus

**E:**tanggal:20mei 2017

Jam:17.00 wita

1. Anak sudah minum air putih 3 gelas
2. Puyer sudah diminum
3. Anak D.K sudah BAB 1 kali pukul 15.40 wita dengan konsistensi cair disertai ampas
4. Tetesan infus 20 tpm

#### **Catatan perkembangan hari ke tiga**

Tanggal :21 mei 2017

Jam :10.00 wita

**S:** Ibu mengatakan anaknya BAB 1kali, konsistensinya lembek disertai ampas, anaknya tidak lemas lagi dan tidak rewel,aktifitas sudah seperti biasa dan nafsu makan sudang meningkat.dan hari ini diperbolehkan pulang

**O:**keadaan umum baik, kesadaran :composmentis,suhu:36°C, RR: 25x/ N:100x/menit, muka tidak pucat conjungtiva merah muda sklera putih, mata tidak cekung, perut tidak kembung turgor kulit normal.

**A:**anak D.K Umur 2 tahun jenis kelamin perempuan dengan diare dehidrasi sedang

**P:** Tanggal 21 mei 2017

1. Jam 10.15 WITA:mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital sudah dalam batas normal
2. Jam 10.20 WITA: Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan tubuh anaknya supaya terhindar dari bakteri penyebab diare

3. Jam 10.25 WITA:menganjurkan ibu untuk selalu mengawasi makanan yang di konsumsi oleh anak
4. Jam 10.28 WITA:Memberikan terapi obat sesuai anjuran dokter
5. Jam 10.38 WITA:Megajari ibu cara membuat larutan gula garam di rumah apabila anak mengalami diare
6. Jam 10.45 WITA:menganjurkan ibu untuk kontrol ulang anaknya 3 hari lagi

**E:**tanggal:21 mei 2017

Jam:13.00 wita

1. Kedaan umum dan tanda-tanda vital dalam batas normal
2. Ibu bersedia untuk selalu menjaga kebersihan tubuh anaknya supaya terhindar dari bakteri penyebab diare
3. Ibu bersedia untuk mengawasi setiap makanan yang dikonsumsi oleh anak
4. Terapi obat dirumah sudah diberikan
5. Ibu sudah mengerti cara membuat larutan gula garam sendiri dirumah
6. Ibu bersedia untuk kontrol ulang

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Simpulan**

Setelah dilaksanakan asuhan kebidanan pada anak dengan diare dehidrasi sedang di ruangan kenanga RSUD Prof. Dr .W. Z. Johannes Kupang dengan pendekatan manajemen 7 langkah Varney dan pendokumentasian asuhan kebidanan, maka dapat disimpulkan :

1. Pengkajian pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang yaitu pada data subjektif ibu mengatakan bahwa anaknya mencret sejak pukul 09.20 wita sebanyak 5 kali perhari dan muntah sebanyak 2 kali tetapi pada waktu tertentu dan badan anak terasa panas. Berdasarkan data subjektif KU anak baik, data objektif : Suhu:38°C, RR : 35x/menit N:115x/menit. mata cekung mulut tampak kering, turgor pada perut jika dicubit kembalinya lama
2. Interpretasi data yang ada meliputi diagnosa dan masalah. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan diagnosa medis adalah anak dengan diare dehidrasi sedang masalahnya adalah anak rewel, nafsu makan dan aktifitasnya menurun dan disertai dengan muntah 2 kali dalam satu hari
3. Diagnosa potensial pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang yaitu diare dengan dehidrasi berat tetapi pada kasus ini tidak terjadi

diare dengan dehidrasi berat karena antisipasi serta tindakan yang cepat dan tepat.

4. Tindakan segera pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang yaitu, tindakan segera dilakukan oleh bidan adalah tindakan mandiri dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi, beupa oralit, paracetamol, vitamin b1 dan zink. sehingga masalah potensial tidak terjadi.
5. Pada perencanaan asuhan kebidanan khususnya kasus anak dengan diare dehidrasi sedang, asuhan yang diberikan meliputi : informasikan hasil pemeriksaan, observasi TTV dan tetesan infus, makan minum, personal hygiene, pemberian terapi, istirahat.
6. Pelaksanaan asuhan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang yaitu : menginformasikan hasil pemeriksaan, mengobservasi TTV, makan-minum, personal hygiene, kolaborasi dengan pemberian terapi infus RL 20 tpm, cefotaxime 2x1 secara iv, paracetamol 3x1, cotrimoxazole 2X1 secara iv, oralit. pola istirahat, mobilisasi bertahap untuk membantu proses pemulihan penyakit diare.
7. Evaluasi asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang. tidak terjadi komplikasi pada anak, sehingga anak pulang dengan keadaan baik.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Penulis**

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan dalam menyediakan asuhan kebidanan komperhensif pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang

### **5.2.2 Bagi Profesi**

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan ketrampilan dalam memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang

### **5.2.3 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang.

### **5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan**

Diarapkan untuk lebih memperbanyak referensi atau sumber bacaan diperpustakaan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang.

## DAFTAR PUSTAKA

Nursalam.2005.*asuhan keperawatan bayi dan anak untuk perawat dan bidan.*

Edisi 1,jakarta:salemba medika.

Priharjo,robert.2007. *asuhan keperawatan*.jakarta:EGC.

Matondang,dkk.2013.*diagnosis fisis pada anak*.edisi ketiga,jakarta:PT.

Sagung Seto

DepKes RI. 2008.*manajemen terpadu balita sakit*.jakarta:bina pustaka.

Hidayat,A.A.2011.*ilmu kesehatan anak untuk pendidikan kebidanan*.jakarta

salemba medika

Hidayat 2010.*metodologi penelitian* jakarta:erlangga

Manuaba, 2007. gawat darurat obstetri ginekologi sosial untuk profesi

bidan. jakarta:EGC

Nursalam,2008.asuhan keperawatan bayi dan anak untuk perawatan dan

Bidan edisi 1,jakarta: salemba medika

Notoatmodjo.2010.*Metodologi penelitian kesehatan*.jakarta:rineka cipta.

Kemenkes. 2011. *Balita, Diare, penyebab dan komplikasinya*. Available online at

:[http://www. infopenyakit. com/2012/08/penyakit-diare.html](http://www.infopenyakit.com/2012/08/penyakit-diare.html). diakses

tanggal 8 desember 2014

Depkes RI .2005.*Stimulasi,Deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak*

Jakarta:bida pustaka

## LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri iKupang

Di Tempat

Dengan Hormat

Saya mahasiswi kebidanan STIKes CHM-Kupang jalur umum angkatan VII mengadakan studi kasus pada Anak D.K umur 2 Tahun dengan diare dehidrasi sedang. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerjasamanya saya ucapkan terimah kasih.

Hormat Saya,

(ade milka koen)

## **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul : Asuhan Kebidanan pada Anak D.k Dengan Diare Dehidrasi  
Sedang di Ruangannya RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes  
Kupang tanggal 19 S/D 21 september 2017

Peneliti : Ade milka koen

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 19 september 2017

Responden

( An.D.K)



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Pengertian Diare**

Diare adalah gangguan fungsi penyerapan dan sekresi dan saluran pencernaan, dipengaruhi oleh fungsi dan dapat diidentifikasi dan perubahan jumlah konsistensi, frekwensi, dan warna dari tinja diare adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi 1 kali atau lebih BAB dengan bentuk tinja encer atau cair (suriadi dan rita yuliani, 2001).

Diare merupakan suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi (whaley dan wong, 1997). Sedangkan menurut FKUI(1991) diare adalah pola buang air besar yang tidak normal dengan bentuk tinja encer serta adanya peningkatan frekwensi BAB yang lebih dari biasanya. Sering BAB tidak berarti menderita diare. Bayi yang menyusui pada ibunya, BAB sehari 1 kali atau dalam 2-3 hari hanya BAB 1 kali, masih dikatakan normal. Diare didefinisikan sebagai mencret sehari lebih dari 3 kali, yang lebih dikenan oleh tingkat mencretnya dari pada jumlah BAB.

Diare yang mengakibatkan dehidrasi akut merupakan masalah pada anak umur 2 tahun sehingga diare merupakan pembunuh tunggal terbesar pada bayi, diare mengakibatkan malnutrisi gangguan pertumbuhan dan kualitas anak yang rendah. Malnutrisi dapat berbagai penyebab dan juga sebagai akibat diare. Penderita akibat diare ini sering masih ditambah menjadi lebih parah dengan penghentian pemberian makanan dan minuman selama periode diare, baik oleh

ibunya maupun petugas kesehatan. Diare lebih sering terjadi pada bayi yang mendapat susu dari botol. Diare dapat disebabkan oleh bakteri, virus rotavirus, dan protozoa. Pada bayi, 15-30% terjadinya diare akut disebabkan oleh bakteri, sedangkan pada bayi umur 6 bulan sampai 2 tahun 50-60% diare disebabkan oleh rotavirus. Rotavirus merupakan virus RNA, yang tersebar luas diseluruh dunia. 5-10% diare diseluruh dunia, biasanya disebabkan oleh infeksi protozoa.

## 2.2 Penyebab diare/etiologi

Etiologi diare dapat dibagi menjadi 4 faktor yaitu:

### 1. Faktor infeksi

- a. Infeksi enteral : infeksi saluran pencernaan yang merupakan penyebab utama diare pada anak.

Infeksi enteral ini meliputi :

- 1) Infeksi bakteri: *E. coli*, *salmonella*, *shigella*, *vibria cholerae*, *aeromonas*, dll.
- 2) Infeksi virus: *enterovirus*, *adenovirus*, *rotavirus*, *astrovirus*
- 3) Infeksi parasit: cacing (*ascaris*), protozoa (*trichomonas haminis*). Jamur (*candida albicans*)

- b. Infeksi parenteral : infeksi dibagian tubuh lain di luar alat pencernaan seperti:

- 1. Tonsilofaringitis (radang tonsil)
- 2. Radang tenggorokan

Keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur di bawah 2 tahun (sudarti.2010:77-78).

## 2. Faktor malarbsorbsi

a) Malarbsorbsi karbohidrat (disakarida monosakarida)pada bayi kepekaan terhadap *lactoglobulis* dalam susu formula menyebabkan diare. Gejalanya meupakan diare berat, tinja berbau sangat asam, sakit di daerah perut.

b) Malarbsorbsi lemak

Dalam makanan terdapat lemak yang di sebut trglyserida. Dengan bantuan kelenjar *lipase* mengubah lemak menjadi micelles yang siap di arbsorbsi usus. Diare dapat terjadi. Gejalanya adalah tinja mengandung lemak

c) Malarbsorbsi protein

Asam amino, blactoglobulin

## 3. Faktor makanan

Makanan yang mengakibatkan diare adalah makanan yang tercemar, basi, beracun, mentah( sayuran) dan kurang matang makanan yang kecampuran racun clostridium botolinum ,stafilokokust (bahan kimia)

## 4. Faktor psikologis

Rasa takut, cemas dan tegang, walaupun jarang jika terjadi pada anak dapat menyebabkan diare kronis (sudarti.2010:77-78)

### 2.3 Jenis diare

#### 1. Diare akut

Diare akut adalah diare yang terjadi sewaktu-waktu, terapi gejalanya dapat menjadi berat.

Penyebabnya sebagai berikut :

a) Gangguan jasad renik/bakteri yang masuk kedalam usus halus setelah melewati berbagai rintangan asam lambung

- b) Jasad renik yang berkembang pesat di dalam usus halus
- c) Racun yang dikeluarkan oleh bakteri
- d) Kelebihan cairan usus akibat racun

## 2. Diare kronik

Pada diare kronik terjadinya

### 2.4 Pathogenesis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah:

#### a) Gangguan osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

#### b) Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

#### c) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare.

## **2.5 Patofisiologi**

Sebagai akibat diare baik akut maupun kronik akan terjadi:

- a. Kehilangan air dan elektrolit (terjadi dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik, hipokalemia).
- b. Gangguan gizi akibat kelaparan (masukan kurang, pengeluaran bertambah).
- c. Hipoglikemia
- d. Gangguan sirkulasi darah

## **2.6 Gejala /gambaran klinis**

- a. Bayi atau anak menjadi cengeng atau gelisah, suhu badan meningkat, nafsu makan menurun.
- b. Tinja encer, berlendir atau berdarah
- c. Warna tinja kehijauan akibat bercampur dengan cairan empedu
- d. Anus lecet
- e. Gangguan gizi akibat intake (asupan makanan yang kurang)
- f. Muntah sebelum dan sesudah diare

Bila keadaan semakin berat akan terjadi dehidrasi dengan gejala sebagai berikut : rasa haus, mulut kering, mata cekung, pada bayi ubun-ubun cekung. kehilangan berat badan normal, turgor kulit menurun (lebih dari detik dehidrasi berat). kulit kehilangan kekenyalan, nadi lemah dan cepat (suryanah,1996:157).

## **2.7 Komplikasi**

- a. Dehidrasi (Ringan, Sedang, Berat)

Dehidrasi adalah kehilangan air dari tubuh atau jaringan atau keadaan yang merupakan akibat kehilangan air abnormal. Menurut Gayton (1995), dehidrasi adalah hilangnya cairan dari semua pangkalan cairan tubuh. Dengan demikian,

dapat disimpulkan bahwa dehidrasi merupakan keadaan kehilangan cairan tubuh.

Terdapat banyak sebab kehilangan cairan tubuh dan kandungan elektrolit diantaranya kehilangan melalui kulit seperti diaphoresis, luka bakar. Kehilangan cairan tubuh melalui saluran perkemihan, misalnya karena diuresis osmotik, diabetes insipidus.

Ada dua jenis dehidrasi yaitu:

- 1) Dehidrasi dimana kekurangan air lebih dominan dibandingkan kekurangan elektrolit (dehidrasi isotonis). Pada dehidrasi jenis ini terjadi pemekatan cairan ekstraseluler, sehingga terjadi perpindahan air dari intrasel ke ekstrasel yang menyebabkan terjadi dehidrasi intraseluler. Bila cairan intrasel berkurang lebih dari 20%, maka sel akan mati. Dehidrasi jenis ini terjadi bila seseorang minum air laut pada saat kehausan berat.
- 2) Dehidrasi dimana kekurangan elektrolit lebih dominan dibandingkan kekurangan air (dehidrasi hipertonik). Pada dehidrasi jenis ini cairan intraseluler bersifat hipotonis, sehingga terjadi perpisahan air dari ekstrasel ke intrasel yang menyebabkan terjadi edema intrasel. Dehidrasi jenis ini terjadi bila seseorang mengalami kekurangan cairan hanya diatasi dengan minum air murni tanpa mengandung elektrolit.

Dehidrasi sangat bahaya terhadap keselamatan hidup manusia. Tingkat keparahan yang ditimbulkan akibat dehidrasi bergantung pada seberapa besar derajat dehidrasi yang dialaminya. Perawat harus mampu untuk mengidentifikasi tingkat dehidrasi yang terjadi pada klien. Untuk

mengetahuinya, ada beberapa cara yang dapat dilakukan. Pertama, tingkat keparahan dehidrasi dapat dihitung dari penurunan berat badan.

Tabel. 2.1 Penilaian derajat dehidrasi berdasarkan tanda dan gejala pada klien

Penilaian	A	B	C
Keadaan Umum	Baik, sadar	Gelisah, rewel	Lesu, lunglai, atau tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung dan kering
Air mata	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Sangat kering
Rasa haus	Minum biasa, tidak haus	Haus, ingin minum banyak	Malas minum atau tidak bisa minum
Turgor kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali sangat lambat
Hasil pemeriksaan	Tanpa dehidrasi	Dehidrasi ringan/ sedang  Bila ada 1 tanda.  Ditambah 1 atau lebih tanda lain.	Dehidrasi berat  Bila ada 1 tanda ditambah 1 atau lebih tanda lain.

Ada tingkatan derajat tingkat dehidrasi, antara lain (Asmadi, 2008):

1) Dehidrasi kronik.

Kalau terjadinya secara perlahan disebut dehidrasi kronik. Tubuh tidak akan merasakannya. Reaksi tidak terlalu nyata dan tidak cepat muncul. Tapi akan menunjukkan gejala setelah beberapa waktu. Kemudian, tubuh akan beradaptasi. Adaptasinya, cairan hanya sedikit saja di dalam tubuh. Lalu tubuh menurunkan metabolisme atau performa fisik, sehingga orangnya akan lebih lambat secara fisik dan berpikir. Dua dampak yang berbeda, walau dengan jumlah persentase kekurangan air yang sama.

2) Dehidrasi ringan.

Dari jumlah cairan yang keluar, dehidrasi akan disebut ringan jika kekurangan baru mencapai sekitar 10 persen atau 1500 ml. keluhannya haus. Jika mencapai minus 20 persen atau 3000 ml, maka itu adalah keluhan sedang. Tapi, jika itu terjadi sangat mendadak, akibatnya sudah bisa fatal. Karena mungkin sebelumnya pasien sudah menderita dehidrasi kronik, yang teradaptasi, kemudian dia mengalami situasi ini.

3) Dehidrasi berat

Dehidrasi disebut berat jika kekurangan mencapai 30% atau sekitar 3000 ml. Untuk yang terakhir ini, dampak paling mengerikan adalah kematian.

**b. Renjatan hipovolemik**

Rejatan merupakan kegawatdaruratan medis dengan morbiditas dan mortalitas tinggi (>20%) yang membutuhkan penanganan segera. Keterlambatan penanganan dapat menyebabkan kematian atau gejala sisa. Gejala awal rejatan pada anak berbeda dengan dewasa karena fungsi organ dan



kemampuan kompensasi tubuh yang relative berbeda dengan di segala jenis usia. Renjatan hipovolemik terjadi akibat berkurangnya volume darah intravaskuler. Kehilangan cairan yang cepat dan banyak menurunkan preload ventrikel sehingga terjadi penurunan isi sekuncup dan curah jantung sehingga terjadi penurunan hantaran oksigen ke jaringan tubuh. Pada renjatan karena perdarahan, selain terjadi penurunan CO juga terjadi penurunan Hb sehingga transport oksigen ke jaringan makin berkurang.

Penyebab renjatan hipovolemik adalah:

- 1) Kehilangan cairan dan elektrolit: diare, muntah, diabetes insipidus, heat stroke, renal loss, luka bakar.
- 2) Perdarahan internal: rupture hepar/ lien, trauma jaringan lunak, frekuensi tulang panjang, perdarahan saluran cerna (ulkus peptikum, divertikulum meckel, Mallory-weis syndrome). Perdarahan eksternal: trauma.
- 3) Kehilangan plasma: luka bakar, sindrom nefrotik, obstruksi ileus, DBD, peritonitis. Penyebab lain adalah kebocoran kapiler (capillary leak syndrome), cairan intravaskuler keluar ke jaringan seperti luka bakar, sepsis, penyakit-penyakit peradangan lain, pada keadaan ini anak tampak sembab meski sebenarnya kekurangan cairan intravaskuler. Patofisiologi sangat berhubungan dengan penyebab renjatan. Namun secara umum bila terjadi penurunan tekanan darah maka tubuh akan mengadakan respon untuk mempertahankan sirkulasi dan perfusi yang adekuat pada organ vital melalui reflex neurohormonal.

Bila terjadi hipovolemik maka kompensasi yang terjadi adalah:

- 1) Baroreseptor : respon ini mendapat rangsangan dari perubahan tegangan dalam pembuluh darah. Bila terjadi penurunan tekanan darah maka rangsangan terhadap baroreseptor akan menurun menyebabkan penurunan rangsangan terhadap cardioinhibitory centre, dan penurunan hambatan terhadap pusat vasomotor dan akan mengakibatkan takikardi dan vasokonstriksi.
- 2) Kemoreseptor : respon baroreseptor mencapai respon maksimal bila tekanan darah menurun sampai 60 mmHg. Bila TD menurun dibawah 60mmHg maka yang bekerja adalah kemoreseptor. Akibatnya adalah vasokonstriksi yang luas dan rangsangan pernafasan.

**c. Hipokalemia** (dengan gejala meteosinus, hipotoni otot, lemak gradiksida, perubahan elektro kardiogram).

**d. Hipoglikemia**

Gejala hipoglikemi yang sering terjadi adalah sering merasa ngantuk, lemas, dan sering sakit kepala. Hal ini tidak boleh dibiarkan berlarut-larut.

Hipoglikemi adalah suatu keadaan dimana kadar gula darah hingga dibawah 60 mg/dl. Padahal kinerja tubuh terutama otak dan system syaraf, membutuhkan glukosa dalam darah yang berasal dari makanan berkarbohidrat dalam kadar yang cukup. Kadar gula darah normal adalah 80-120 mg/dl pada kondisi puasa, 100-180 mg/dl pada kondisi setelah makan.

Otak memerlukan gula darah sebagai energy karena dalam metabolisme, tubuh kita dapat menggunakan bermacam-macam sumber energy, misalnya lemak. Sedangkan sel-sel otak yang dapat menggunakan sumber energy yang berasal dari karbohidrat yang berupa glukosa. Oleh sebab itu, jika kadar gula

darah terlalu rendah maka organ pertama yang terkena dampaknya adalah beserta system saraf pusat.

Faktor-faktor penyebab hipoglikemi adalah:

- 1) Pelepasan insulin yang berlebihan oleh pankreas sehingga menurunkan kadar gula darah secara cepat.
- 2) Dosis insulin terlalu tinggi yang diberikan kepada penderita diabetes untuk menurunkan kadar gulanya.
- 3) Kelainan pada kelenjar hipoksia atau kelenjar adrenal.
- 4) Kelainan pada penyimpanan karbohidrat atau pembentukan glukosa di hati.

Gejala memang tidak mudah dikenal karena hampir sama dengan gejala penyakit lain, seperti diabetes dan kekurangan darah (anemia). Gejala-gejala hipoglikemia antara lain gelisah, gemetar, banyak berkeringat, lapar, pucat, sering menguap karena merasa ngantuk, lemas, sakit kepala, jantung berdebar-debar, rasa kesemutan pada lidah, jari-jari tangan dan bibir, penglihatan kabur atau ganda serta tidak dapat berkonsentrasi.

Hipoglikemi dapat menyebabkan penderita mendadak pingsan dan harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan suntikan serta infuse glukosa. Jika dibiarkan terlalu lama, penderita akan kejang-kejang dan kesadaran menurun. Apabila terlambat mendapatkan pertolongan dapat mengakibatkan kematian.

Hipoglikemi berbahaya dibandingkan kelebihan kadar gula darah (hiperglikemia) karena kadar gula darah terlalu rendah selama lebih dari enam jam dapat menyebabkan kerusakan tak terpulihkan (irreversible) pada

jaringan otak dan saraf. Tidak jarang hal ini menyebabkan kemunduran kemampuan otak.

Dari banyak kasus yang terjadi, hipoglikemi sering dialami oleh para penderita diabetes mellitus (DM) akibat penggunaan obat anti diabetes yang dosisnya terlalu tinggi. Selain itu banyak juga dialami diabetes yang salah dalam menerapkan diet kalori dan gula. Mereka sembarangan mengurangi konsumsi makanan yang mengandung zat gula sehingga lupa bahwa tubuh juga tetap memerlukan zat gula. Kegiatan fisik yang berlebihan tanpa diimbangi dengan asupan glukosa yang cukup dapat kali juga menyebabkan keadaan hipoglikemia. Hipoglikemia jika menyerang anak-anak sangat beresiko dan memiliki dampak yang buruk terhadap *spatial memory* (daya ingat ruang dan jarak). Dalam yang dilakukan dr. Tamara Hershey dari Universitas Kedokteran (UK) St. Louis, Missouri-Amerika, disimpulkan bahwa kondisi otak pada anak-anak yang berusia balita lebih mudah diserang hipoglikemia dibanding pada anak yang lebih dewasa.

**e. Intoleransi sekunder** akibat kerusakan villi mukosa usus defisiensi enzim laktosa.

**f. Kejang**

Kejang merupakan respon terhadap muatan listrik abnormal di dalam otak. Dua pertiga orang yang pernah mengalami kejang, di kemudian hari tidak pernah mengalami kejang lagi. Sepertiganya mengalami kejang kambuhan (suatu keadaan yang disebut *epilepsy*).

Jika hanya melibatkan daerah yang kecil, maka penderita mungkin hanya merasakan seperti ada bau atau rasa yang aneh, tetapi jika melibatkan daerah yang luas, maka akan terjadi sentakan dan kejang otot atau di seluruh tubuh. Penderita juga bisa merasakan perubahan kesadaran, kehilangan kesadaran, kehilangan pengendalian otot atau kandung kemih dan menjadi linglung.

Kejang sering kali di dahului oleh aura, yang merupakan sensasi yang tidak biasa dari penciuman, rasa atau pengendalian atau perasaan yang kuat bahwa akan terjadi kejang. Kadang sensasi ini menyenangkan dan kadang sangat tidak menyenangkan. Sekitar 20 persen penderita epilepsy mengalami aura.

Kejang biasanya berlangsung selama -5 menit. Sesudahnya penderita bisa merasakan sakit kepala, sakit otot, sensasi yang tidak biasa, linglung dan kelelahan. Penderita biasanya tidak dapat mengingat apa yang terjadi selama dia mengalami kejang.

Jenis kejang yang paling sering terjadi pada anak-anak adalah:

#### 1) Kejang infantile

Seorang anak yang berbaring terlentang tiba-tiba bangun dan melipat lengannya, lehernya ditekuk dan badannya membungkuk, sedangkan tungkainya lurus. Serangan berlangsung hanya selama beberapa detik tetapi bisa terjadi beberapa kali dalam sehari.

Kejang ini biasanya terjadi pada anak-anak berusia kurang dari 3 tahun, dan banyak yang berkembang menjadi bentuk kejang lainnya di kemudian hari. Sebagian anak yang mengalami kejang infantil mengalami gangguan intelektual atau perkembangan sarafnya tertunda, keterbelakangan mental

biasanya terus berlanjut sampai dewasa. Kejang ini sulit dihentikan dengan obat anti-epilepsi.

## 2) Kejang demam

Kejang demam terjadi karena demam pada anak-anak yang berusia 3 bulan -5 tahun. Kejang ini terjadi pada 4 % anak-anak dan cenderung diturunkan.

Kejang biasanya berlangsung kurang dari 15 menit. Anak-anak yang mengalami kejang demam lebih mudah menderita epilepsy.

## **g. Malnutrisi**

Malnutrisi adalah keadaan patologis yang disebabkan oleh konsumsi makanan yang bertitik berat pada zat makanan yang kualitasnya tidak memadai disbanding dengan kuantitasnya, sebagai akibat kekurangan atau kelebihan makanan esensial tertentu secara relative atau absolute. Karenan yang dimaksud pada umumnya adalah kekurangan kalori dan protein selanjutnya malnutrisi berarti kurang kalori dan protein (KKP). Spectrum derajat KKP luas, mulai dari ringan, sedang sampai berat. KKP yang berat dibedakan menjadi kwashiorkor.

Penyebab malnutrisi secara umum adalah intake makanan kurang dan atau adanya penyakit sistemik. Keadaan ini menyebabkan kebutuhan meningkat atau kehilangan nutrient meningkat, gangguan absorbs atau digesti. Intake yang kurang sering dijumpai pada kemiskinan, ketidaktahuan dan sedang menderita penyakit. kekurangan protein dengan relative kelebihan energy akan menyebabkan kwashiorkor primer, sedangkan kekurangan keduanya protein dan energy dalam waktu yang cukup lama akan menyebabkan marasmus.

(Sudarti, 2010: 79).

## 2.8 Klasifikasi diare

Tabel. 2. 2 Klasifikasi Diare Berdasarkan MTBS

### a) Untuk Dehidrasi

Gejala	Klasifikasi	Tindakan/pengobatan
<p>Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letargia atau tidak sadar</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Tidak bias minum atau malas minum</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali sangat lambat</li> </ul>	<p>Diare dehidrasi berat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tidak ada klasifikasi berat lain: Beri cairan untuk dehidrasi berat dan tablet zinc sesuai rencana terapi c</li> <li>• Jika anak mempunyai klasifikasi berat lain: -rujuk segera -jika masih bisa minum, berikan asi dan larutan oralit selama perjalanan</li> <li>• Jika anak &gt;2 tahun dan ada kolera di daerah tersebut, beri antibiotic untuk kolera</li> </ul>
<p>Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah, rewel/mudah marah</li> </ul>	<p>Diare dehidrasi ringan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri cairan, tablet zinc dan makanan sesuai rencana terapi B</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata cekung</li> <li>• Haus, minum dengan lahap</li> <li>• Cubitan kulit perut kembali lambat</li> </ul>	/sedang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika terdapat klasifikasi berat lain: -rujuk segera Jika masih bias minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan.</li> <li>• Nasehati kapan kembali segera</li> <li>• Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan.</li> </ul>
Tidak cukup tanda-tanda untuk di klasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang	Diare tanpa dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri cairan dan makanan sesuai rencana terapi A dan tablet</li> <li>• Zinc</li> <li>• Nasehati kapan kembali segera</li> <li>• Kunjungan ulang 3 hari jika tidak ada perbaikan</li> </ul>



b) Jika Diare 14 hari atau lebih

Gejala	klasifikasi	Tindakan/ pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada dehidrasi</li> </ul>	Diare persisten berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain.</li> <li>• Rujuk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanpa dehidrasi</li> </ul>	Diare persisten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nasehati pemberian makan untuk diare persisten</li> <li>• beri tablet zinc selama 10 hari berturut-turut</li> <li>• kunjungan ulang 3 hari</li> </ul>

c) ada darah dalam tinja

Gejala	Klasifikasi	Tindakan/ pengobatan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ada darah dalam tinja</li> </ul>	Disenteri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beri antibiotic yang sesuai</li> <li>• beri tablet zinc selama 10 berturut-turut</li> <li>• nasihati kapan kembali segera.</li> <li>• kunjungan ulang 3 hari.</li> </ul>

## RENCANA PENGOBATAN A

### Pencegahan dehidrasi

Jelaskan kepada ibu bagaimana mengobati diare di rumah.

Lima tindakan yang harus dilakukan jika anak menderita diare adalah:

1. berikan kepada anak anda cairan lebih banyak dari biasanya untuk mencegah dehidrasi:

cairan yang dapat diberikan di rumah adalah:

- larutan gula garam, air tajin, air sayur bayam, dll
- ASI dan susu formula harus terus di berikan

2. lanjutkan pemberian makanan

- berikan makanan yang baru disiapkan. Makanan yang di anjurkan adalah bubur dengandaging atau ikan.tambahkan bebrapa tetes minyak.
- Berikan pisang atau sari buah segar untuk menambah kalium
- Berikan makanan setiap 3-4 jam(6x serhari). Pada anak yang masih kecil, berikan makanan lebih seringdengan porsi lebih sedikit
- Bujuksupaya anak makan sebanyak mungkin
- Masak dan hancurkan atau cincang makanan dengan baik agar muda di cerna
- Setelah diare berhenti, beri tambah satu porsimakanan selama seminggu atau sampai berat badan sebelum tercapai kembali.

3. bawa anak anda kepetugas kesehatan bila

- buang air besar beberapa kali
- sangat haus
- mata menjadi cekung/kering

dehidrasi berat

- demam
- tidak mau makan atau minum seperti biasa
- kelihatan tidak bertambah baik
- pada tinja terdapat darah

4. perlihatkan kepad ibu bagaimana cara mencampur dan memberikan oralit

tunjukkan kepada ibu,beberapa banyak oralit yang harus diberikan:

- ❖ umur 2< tahun : 50-100 ml (1/4 gelas) setiap bab
- ❖ umur 2-5 tahun:100-200 ml(1/2 gelas) setiap bab
- ❖ anak-anak yang lebih besar:minum sebanyak mungkin

bila anak muntah, tunggu 10 menit kemudian pemberian oralit diteruskan

tetapi lebih lambat:1 sendok makan setiap 2-3 menit

berikan kepada ibu untuk 2 kali.

5. Jelaskan kepada ibu 7 intervensi yang efektif untuk mencegah diare

## 2.9 Pemeriksaan Diagnostik danPenunjang

### a. Anamneses

Diare >3x/hr, feses cair, ada lendir, ada darah, perut mules, demam, badan terasa lemas, nafsu makan berkurang.

### b. Pemeriksaan fisik

Pada pasien dengan diare biasanya di dapatkan keadaan umum lemah, nyeri perut atau sampai kram abdomen, feses cair, terkadang ada lendir dan darah, nadi cepat, suhu tubuh meningkat, mual, muntah, akral hangat, mukosa kering. Bila terjadi syok hipovolemik maka

pasiens akan gelisah, nadi cepat >120 x/mnt, TD menurun, mukosa pucat, akral dingin dan kadang sianosis, anuria.

c. Pemeriksaan penunjang

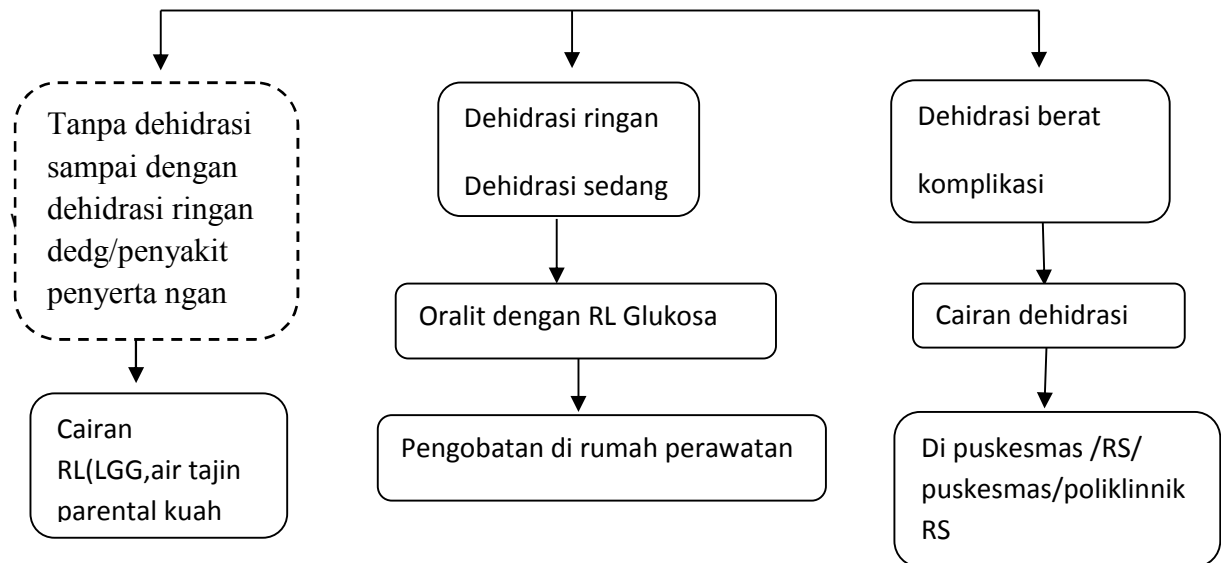
- 1). Pemeriksaan tinja
- 2). Berat jenis plasma untuk menentukan deficit cairan akibat diare.
- 3). Pemeriksaan kadar elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dalam serum (terutama penderita diare yang disertai dengan kejang).
- 4). Pemeriksaan gangguan keseimbangan asam-basa dalam darah (Analisa Gas Darah) mendeteksi adanya asidosis metabolik.
- 5). Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal (Suryanah, 1996: 158)

## **2.10 Penatalaksanaan Diare**

Prinsip perawatan diare adalah:

- a. Pemberian cairan (rehidrasi awal dan rumat)
- b. Dietetik (pemberian makanan)
- c. Obat-obatan

Skematika penatalaksanaan berdasarkan keadaan Diare



Sumber : (Ngastiyah, 2012)

jumlah cairan yang di berikan tanpa dehidrasi adalah 100 ml/kgBB/hr sebanyak 1x setiap 2 jam. Diberikan 20% dalam 4 jam 1 dan sisanya adlibitum.

Jika setiap kali diare dan umur anak < 2 th di berikan ½ gelas <2-6 th di berikan 1 gelas Anak besar diberikan 2 gelas

Pada dehidrasi ringan dan diarenya 4x sehari maka di berikan cairan 25-100 ml/kgBB dalam sehari atau setiap jam 2x. Oralit diberikan pada kasus dehidrasi ringan-berat ± 100 ml/kgBB/4-6 jam.

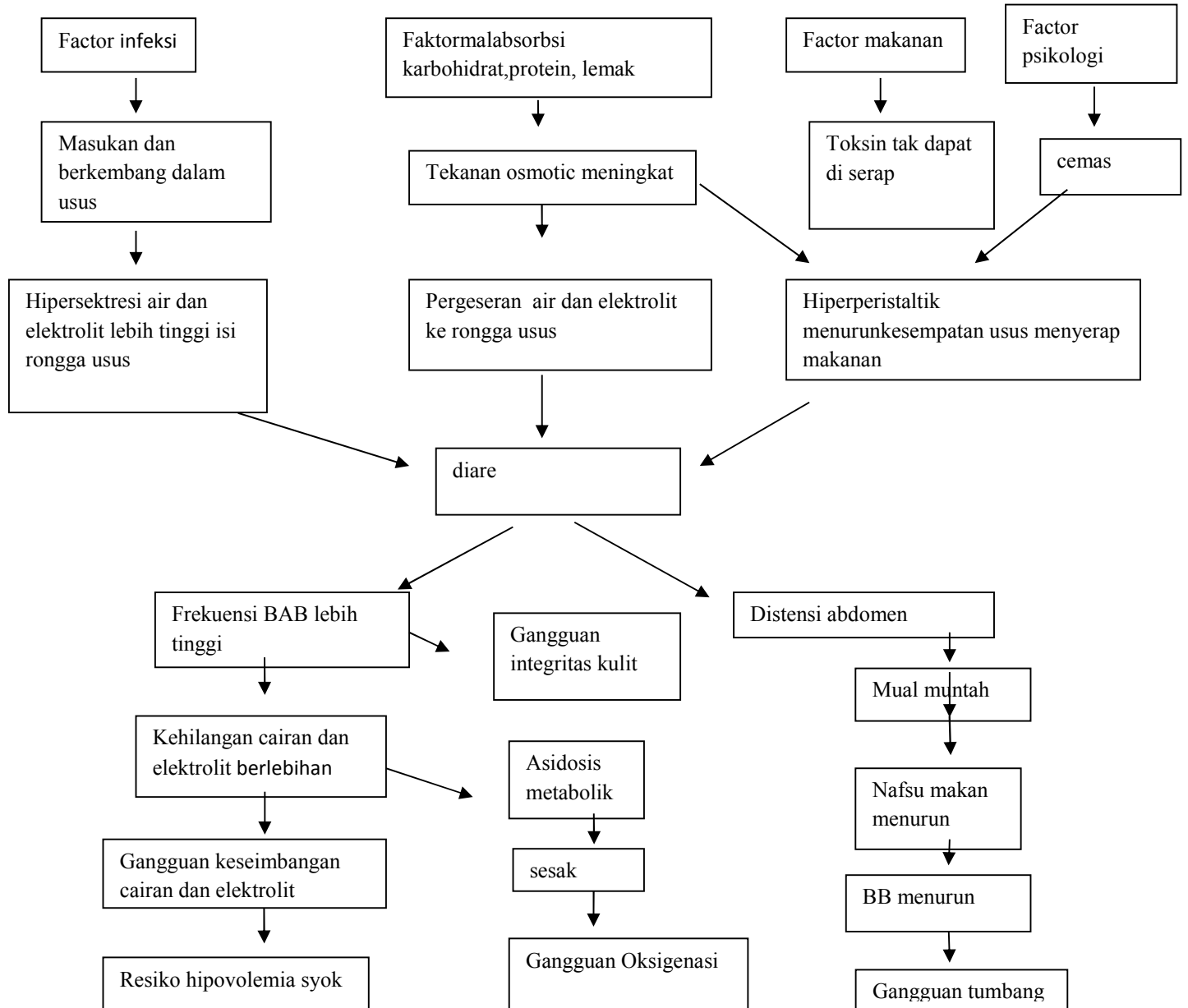
Beberapa cara membuat cairan RT:

1. LGG
2. Gula pasir 1 sendok the munjung
3. Garam dapur halus ½ sendok the +air masak/air the hangat 1 gelas
4. Air tajin (21+5 gram)
  - a. Cara tradisonal

3 L air + 100 gr atau 6 sendok makan munjung beras di masak selama 45-60 menit. Setelah masak air tajin (2L + 5 gr garam)
  - b. Cara biasa

2 L air + tepung beras 100 gr + 5 gr garam dimasak hingga mendidih dan akan didapat air tajin.

## Patway



## 2.11 Klasifikasi diare

1. Menurut Simadibrata (2006), diare dapat diklasifikasikan berdasarkan:

a. Lama waktu diare

1). Diare akut, yaitu diare yang berlangsung kurang dari 14 hari.

sedangkan menurut *World Gastroenterology Organization Global guidelines* (2005) diare akut didefinisikan sebagai pasase tinja yang cair atau lembek dengan jumlah lebih banyak dari normal, yang berlangsung kurang dari 14 hari. Diare akut biasanya sembuh sendiri, lamanya sakit kurang dari 14 hari, dan akan mereda tanpa terapi yang spesifik jika dehidrasi tidak terjadi (Wong, 2009).

2). Diare kronik adalah diare yang berlangsung lebih dari 14 hari

3). Berdasarkan banyaknya kehilangan cairan dan elektrolit dari tubuh, diare dapat dibagi menjadi:

a. Diare tanpa dehidrasi

Pada tingkat diare ini penderita tidak mengalami dehidrasi karena frekuensi diare masih dalam batas toleransi dan belum ada tanda-tanda dehidrasi.

b. Diare dengan dehidrasi ringan (3%-5%)

Pada tingkat diare ini penderita mengalami diare 3 kali atau lebih, kadang-kadang muntah, terasa haus, kencing sudah mulai berkurang, nafsu makan menurun, aktivitas sudah mulai menurun, tekanan nadi masih normal atau takikardia yang minimum dan pemeriksaan fisik dalam batas normal.



c. Diare dengan dehidras sedang(5%-10%)

Pada keadaan ini, penderita akan mengalami takikardi, kencing yang kurang atau langsung tidak ada, iritabilitas atau lesu, mata dan ubun-ubun besa menjadi cekung,turgo kulit berkurang,selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering, air mata berkurang dan masa pengisian kapiler memanjang(>\_2 detik) dengan kulit yang dingin yang dingin dan pucat.

d. Diare dengan dehidrasi berat(10%-15%)

Pada keadaan ini, penderita sudah banyak kehilangan cairan dari tubuh dan biasanya pada keadaan ini penderita mengalami takikardi dengan pulsasi yang melemah, hipotensi dan tekanan nadi yang menyebar, tidak ada penghasilan urin, mata dan ubun-ubun besar menjadi sangat cekung, tidak ada produksi ir mata, tidak mampu minum dan keadaanya mulai apatis,kesadarannya menurun dan juga masa pengisian kapiler sangat memanjang(>\_3 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat

## **2.12 Konsep Dasar Diare**

Diare pada dasarnya adalah seringnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya dengan konsistensi yang lebih encer. berikut ini beberapa pengertian diare menurut para ahli yaitu sebagai berikut.

1. Adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari empat kali pada bayi dan lebih tiga kali pada anak. konsistensi feses encer, dapat berwarna hijau, dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (FK UI,1996)

2. Adalah keadaan individu mengalami keadaan keadaan buang air besar yang normal, ditandai dengan seringnya kehilangan cairan, feses yang tidak berbentuk(susan martin T, 1998).
3. Adalah defekasi encer lebih dari tiga kali sehari dengan atau tanpa darah dan atau lendir dalam tinja (suharyono,1999).
4. Adalah bertambahnya jumlah atau berkurangnya konsistensi tinja yang dikeluarkan (soeparto pitono dkk,1999).

## **2.13Konsep asuhan pada anak dengan diare**

### **I. Pengkajian**

#### **1. Identitas pasien/biodata**

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua, penghasilan.untuk umur pada pasien diare akut, sebagian besar anak anak di bawah 2 tahun. insiden paling tinggi umur 6-11 bulan karena pada masa ini mulai diberikan makanan pendamping. (Depkes RI,1999:5).

#### **2. Keluhan utama**

Buang air besar (BAB) lebih 3 kali sehari. BAB kurang dari empat kali dengan konsistensi cair (diare tanpa dehidrasi). BAB 4-10 kali dengan konsistensi cair (dehidrasi ringan/sedang). BAB lebih dari sepuluh kali (dehidrasi berat). bila diarea berlangsung kurang dari 14 hari adalah diare akut. bila berlangsung 14 hari atau lebih adalah diare persisten.

#### **3. Riwayat penyakit sekarang menurut suharyono 1999:59) sebagai berikut.**

- a. Mula-mula bayi atau anak menjadi cengeng, gelisah, suhu badan mungkin meningkat. nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemungkinan timbul diare.
  - b. Tinja makin cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. warna tinja berubah menjadi kehijauan karena bercampur empedu.
  - c. Anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi dan sifatnya makin lama makin asam.
  - d. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
  - e. Bila pasien telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai tampak.
  - f. Diuresis, yaitu terjadi oliguri (kurang 1 ml/kg/BB/jam) bila terjadi dehidrasi.
4. Riwayat kesehatan meliputi sebagai berikut.
- a. Riwayat imunisasi terutama anak yang belum imunisasi campak. Diare lebih sering terjadi dan berakibat berat pada anak-anak dengan campak atau yang menderita campak dalam 4 minggu terakhir, yaitu akibat penurunan kekebalan pada pasien.
  - b. Riwayat alergi terhadap makanan atau obat-obatan (antibiotik) karena faktor ini salah satu kemungkinan penyebab diare (Axton, 1993:83)
  - c. Riwayat penyakit yang sering pada anak dibawah 2 tahun biasanya batuk, panas, pilek dan kejang yang terjadi sebelum, selama atau setelah diare, seperti : OMA, tonsilitis, faringitis, bronko, pneumonia, ensefalitis (suharyono, 1999:59).
5. Riwayat nutrisi

Riwayat pemberian makanan sebelum sakit diare meliputi hal sebagai berikut.

1. Pemberian ASI penuh pada anak umur 4-6 bulan sangat mengurangi resiko diare dan infeksi yang serius.
2. Pemberian susu formula, apakah menggunakan air masak, diberikan dengan botol atau dot, karena botol yang tidak bersih akan mudah terjadi pencemaran.
3. Perasaan haus. anak yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa), pada dehidrasi ringan atau sedang anak merasa haus, ingin minum banyak, sedangkan pada dehidrasi berat anak malas minum atau tidak bisa minum

#### 6. Riwayat Penyakit Keluarga.

Perlu ditanyakan apakah keluarga ada yang menderita penyakit diare sebelumnya atau tidak, karena pada kasus diare penularannya lewat udara atau kontak langsung dengan penderita diare (Nursalam, 2005).

#### 7. Riwayat Psikososial.

Dikaji berdasarkan riwayat keluarga apakah sebelum pasien sakit ada kontak dengan keluarga yang sakit lainnya dan adanya kecemasan dari orang tua dan keluarga atau tidak (Nursalam, 2005).

#### 8. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar

Pada Pola pemenuhan kebutuhan dasar pada anak dengan diare yaitu:  
Nutrisi: Menurut Nursalam (2005), pengkajian tentang jenis makananyang dikonsumsi sehari-hari. Perasaan haus bayi yang diare tanpa dehidrasi tidak merasa haus (minum biasa). Pada dehidrasi ringan atau sedang bayi

merasa haus ingin minum banyak. Sedangkan pada dehidrasi berat, bayi malas minum atau tidak bisa minum, Eliminasi: Pengkajian tentang BAB dan BAK yang meliputi kondisi, frekuensi, dan warnanya. Pada kasus anak dengan diare, anak BAB lebih dari 3 kali per hari dan berbentuk encer, Aktivitas : Untuk mengetahui kegiatan anak sehari-hari. Pada kasus bayi sakit diare aktivitas anak berkurang (Nursalam, 2005), Istirahat/tidur : Berapa lama bayi tidur siang, malam, keadaan bayi tenang atau gelisah (Nursalam, 2005). Pada bayi sakit diare dehidrasi sedang pada pola tidurnya tidak teratur, keadaan bayi gelisah (Nursalam, 2005) dan Personal Hygiene : Untuk mengetahui bagaimana cara menjaga kebersihan dan menilai kerentanan terhadap infeksi.

## **II. Obyektif**

### **1). Pemeriksaan Umum**

#### **a). Keadaan Umum**

untuk pasien dengan diare dehidrasi sedang keadaan umumnya lemah.

#### **b). Kesadaran**

kesadaran pasien : composmentis

TTV :

- |    |            |               |
|----|------------|---------------|
| 1) | Suhu       | : 38°C        |
| 2) | Nadi       | : 115 x/menit |
| 3) | Pernafasan | : 35x/menit   |
| 4) | BB         | : 10 kg       |

### **2). Pemeriksaan fisik**

- a) Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih, mata sedikit cekung
- b) Mulut :bibir dan lidah tampak kering
- c) Telinga:simetris dan tidak ada serumen
- d) Abdomen :perut tidak kembung, turgor, pada perut ketika di cubit kembalinya lama
- e) Ekstremitas : tidak ada oedema dan kelainan
- f) Turgo kulit : menurun

### **III. Analisa Masalah Dan Diagnosa**

Pembagian diare menurut departemen kesehatan meliputi diare akut dan diare kronis. Pada tingkat diare akut untuk diagnosis diare akut penderita mengalami demam disertai dengan gejala klinis lain.

### **IV. Antisipasi Masalah Potensial**

Pembagian diare menurut departemen kesehatan meliputi diare akut dan diare kronis. Pada tingkat diare akut untuk diagnosis diare akut penderita mengalami demam disertai dengan gejala klinis lain.

### **V. Tindakan Segera**

Untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat diare, maka tindakan segera di lakukan adalah:

1. Kolaborasi dengan dokter spesialis anak
2. Observasi *vita sign*
3. Pemberian cairan
4. Pemberian infus RL

### **VI. Perencanaan**

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan. pada anak sakit dengan diare dehidrasi sedang meliputi pencegahan hipotermi, pemberian ASI secara langsung, pemberian antibiotik dan pemberian infus RL atau NaCL 150 ml/hari, 1/4 dan diberikan 4 jam pertama ¾ nya diberikan 20 jam berikutnya.

## **VII. Pelaksanaan**

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

## **VIII. Evaluasi**

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Pada langkah ini evaluasi dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah didefinisikan dalam diagnosa.

Kriteria evaluasi asuhan kebidanan pada anak sakit diare dehidrasi sedang adalah sebagai berikut:

1. Keadaan umum baik
2. Ubun-ubun dan mata tidak cekung
3. Turgor kembali normal
4. Mulut dan lidah tidak kering

5. Tidak dehidrasi
6. Tidak terjadi diare dehidrasi berat
7. BAB menjadi normal



## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan laporan studi kasus dengan metode deskriptif yaitu suatu metode yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memaparkan atau membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif. Studi kasus merupakan rancangan penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian.

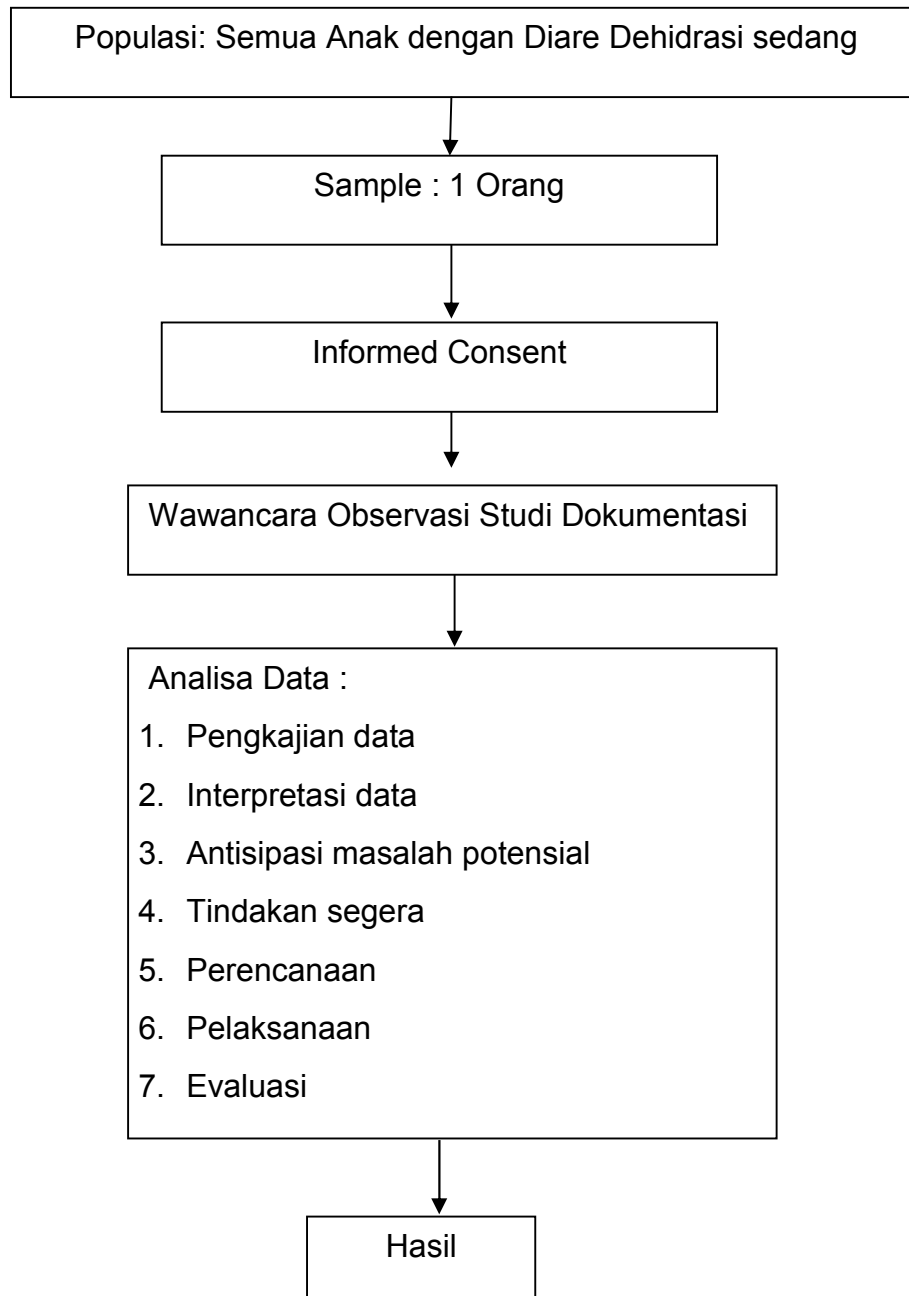
Rancangan dari suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara rinci meskipun jumlah respondennya sedikit sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2008).

Studi kasus ini dilakukan pada anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di ruangan kenanga RSUD Prof.Dr.W.Z.Yohannes kupang.

#### **3.2 Kerangka Kerja**

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

**Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:**



Gambar 3.1 Kerangka Kerja penelitian pada kasus Anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang

### **3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini dilaksanakan di ruang kenanga RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang dari tanggal 08 Mei 2017.

### **3.4 Teknik dan Instrument Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Teknik pengumpulan data pada studi kasus ini adalah dengan cara mengambil data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek-objek penelitian oleh peneliti.

1. Data primer diperoleh dengan cara:

- a. Pemeriksaan

- 1) Pemeriksaan umum terdiri dari pemeriksaan keadaan umum, kesadaran, postur tubuh, tinggi badan, berat badan. (Romauli, 2011).

- 2) Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrument tertentu yang dilakukan dengan 4 teknik menurut (Romauli 2011) yaitu:

- a) Inspeksi

- Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang.

- b) Palpasi

- Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba.

c) Auskultasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mendengarkan.

d) Perkusi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan hammer.

3) Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan berupa pemeriksaan laboratorium.

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut atau *face to face*. Jadi data tersebut diperoleh secara langsung dari responden melalui satu pertemuan atau percakapan. Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi (Notoarmodjo, 2012). Wawancara pada studi kasus ini dilakukan pada ibu dan keluarga untuk memperoleh data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya.

c. Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera penglihatan seperti perilaku pasien, ekspresi wajah, bau, suhu (Romauli, 2011).

2. Data sekunder

Data sekunder adalah dokumentasi catatan medis yang merupakan sumber informasi yang penting bagi tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi masalah, mengegakkan diagnosa dan merencanakan asuhan. Data sekunder terdiri dari:

a. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan merupakan kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam rangka mencari landasan teoritis dari permasalahan penelitian. Studi kepustakaan yang baik akan menyediakan dasar untuk menyusun kerangka teoritis yang komprehensif dimana hipotesis dapat dibuat untuk diuji. Dua macam pustaka yang dapat dijadikan bahan pustaka dalam penelitian adalah pustaka primer yang merupakan daftar bacaan dari hasil penelitian atau studi pustaka yang diperoleh dari jurnal penelitian/jurnal ilmiah dan pustaka primer yang diperoleh dari berbagai sumber seperti buku, teks, indeks, ensiklopedia (Hidayat, 2011).

b. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen. Pada studi kasus ini menggunakan buku register yang ada di ruangan Kenanga /Anak, rekam medik RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang.

Instrument penelitian adalah alat-alat yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dapat berupa kuesioner (pertanyaan), formulir observasi, formulir-formulir yang berkaitan dengan pencatatan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Instrumen penelitian yang digunakan pada studi kasus ini yaitu format asuhan kebidanan pada Anak sakit, dan selanjutnya digunakan format asuhan kebidanan nifas sebagai data untuk catatan perkembangan.

### 3.5 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah surat rekomendasi studi kasus dari kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada mandiri program studi Diploma III Kebidanan diterima oleh pihak Rumah Sakit RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang. Dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subjek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia.

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penekanan masalah etika penelitian yakni pada beberapa hal berikut ini:

a. Lembar persetujuan (*informed consent*)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi (Hidayat, 2011).

b. Tanpa nama (anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2011).

c. Kerahasiaan (confidentialy)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2011).

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Tinjauan Kasus

Untuk memperoleh gambaran nyata mengenai asuhan kebidanan anak dengan diare maka penulis mengambil satu kasus di ruangan kenanga RSUD Prof Dr W.Z. Johannes Kupang dalam melakukan asuhan keperawatan pada kasus diare, data diperoleh melalui pengamatan, wawancara, pemeriksaan fisik, perawatan dan studi kasus yang di lakukan mulai tanggal 19 mei s/d 21 mei 2017.

##### I. Pengkajian

Pengumpulan data yang dilakukan di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada hari senin tanggal 21 Mei 2017, pasien berinisial D.K, jenis kelamin perempuan, umur 2 tahun. Ayah pasien berinisial Tn.R.B dan ibu pasien berinisial Ny.H.L Anak tinggal bersama kedua orang tuanya. Bertempat tinggal di pasir panjangII, Rt 05/Rw 02. Beragama kristen, pendidikan terakhir ayah SMA dan pendidikan terakhir ibu SMA, informasi di peroleh dari Ibu pasien.

Keluhan utama : Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya menceret sejak pukul 09.20 WITA sebanyak 5 kali, muntah sebanyak 2 kali dan badan terasa panas hingga di bawa ke rumah sakit.

Riwayat kehamilan dan kelahiran : prenatal : selama hamil ibu sering memeriksa kehamilannya di puskesmas, tidak ada kelainan atau sakit hanya mual muntah pada awal kehamilan dan hilang dengan sendirinya saat umur



kehamilan mencapai usia kehamilan 4 bulan. Natal : ibu melahirkan secara normal di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, ditolong oleh bidan. Post Natal : anak lahir dengan BBLR dengan berat badan 3000 gram, makanan, minuman, obat dan lain-lain Anak suda mendapatkan imunisasi yang lengkap.

Riwayat penyakit yang pernah di derita oleh orang tua : dalam keluarga ada yang pernah mengalami sakit yang sama seperti yang di derita pasien yaitu menceret tapi tidak pernah masuk rumah sakit. Keadaan saat ini : diagnose medic dari anak D.K adalah diare dehidrasi sedang, sejak pukul 09.20 wita. sebanyak 5 kali dan muntah sebanyak 2 kali badan anak terasa panas, obat-obat yang di berikan adalah cofotaxme 2x1 secara IV, parasetamol sirup 3x1, cotrimoxasole 2x1 secara IV, oralit, ranitidin dan terpasang infus RL 500 ml 20 tpm.

Pada pemeriksaan fisik pasien tampak lemah, mukosa bibir lembab, bentuk wajah oval, wajah tampak pucat, tidak ada oedema, konjungtiva merah muda, telinga bersih, dada simetris, tidak ada tarikan dinding dada, turgor kulit baik, tidak ada kelainan pada genitalia,

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 22 Mei 2017, hemoglobin 11,1 g/dL, jumlah leukosit : 25,37 mL, jumlah trombosit :580L. terpasang infus RL, BB :10 kg, TB 79 cm, tanda vital : S:38°C, N: 115x/menit RR:35x/ menit Pemeriksaan tingkat perkembangan kemandirian, anak sudah mampu melakukan semua hal dengan cara mandiri namun kadang-kadang mandi, dan makan di bantu oleh salah satu orang tua pasien .

Orang tua dan keluarga hanya mengetahui bahwa sakit yang di derita adalah menceret biasa.

## II. Analisa Masalah dan Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian di atas dapat ditegakkan diagnosanya yaitu Anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang. Data subjektif yang mendukung diagnose yaitu ibu mengatakan bahwa anaknya mencret sebanyak 5 kali, dan muntah sebanyak 2 kali dan badan terasa panas. Data objektif yang mendukung diagnose yaitu keadaan umum lemah, mata cekung, minum dengan lahap. tanda tanda vital, S:38°C, RR: 35x/menit N:115x/menit, Terpasang infus RL.

## III. Merumuskan Diagnosa/Masalah Potensial

Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian, tidak ada perbedaan masalah potensial antara teori dengan yang di temukan pada kasus. Adapun masalah potensial tersebut adalah potensial resiko terjadinya diare dehidrasi berat.

## IV. Tindakan Segera

Tindakan pada anak dengan diare dehidrasi sedang adalah : memantau keadaan umum anak dan tanda-tanda vital, pemasangan infus RL 500 MI 20 tpm, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.

## V. Perencanaan

Perencanaan yang dilakukan pada anak D.K dengan diare dehidrasi ringan pada hari selasa tanggal 18 Mei 2017 jam 14.05 wita adalah : informasikan hasil pemeriksaan anak pada orang tua, rasional : keluarga dapat mengetahui tentang kondisi kesehatan anak, anjurkan ibu untuk tetap memperhatikan makan-makanan yang bergizi pada anak, rasional : makan- makanan yang bergizi dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan dapat mempercepat proses

penyembuhan. Anjurkan orang tua untuk tetap mempertahankan istirahat yang cukup dan teratur pada anak. Rasional : istirahat yang cukup dan teratur dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Anjurkan orang tua untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memberi makan pada anak, rasional: pencegahan infeksi, observasi tetesan infus yang masuk dan keluar, rasional: dengan memberi terapi secara teratur dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan. Dokumentasikan hasil pemeriksaan, sebagai bahan evaluasi, tanggung jawab serta tanggung gugat atas tindakan yang di lakukan.

#### V. Pelaksanaan

Melakukan pelaksanaan pada anak D.K dengan diare dehidrasi ringan sesuai dengan apa yang telah direncanakan pada hari selasa 18Mei 2017 jam 14.10 wita. Menginformasikan hasil pemeriksaan anak kepada orang tua, monitoring: pemeriksaan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital: S:38°C, RR: 35x/menit N:115x/menit, pemeriksaan antropometri, tinggi badan: 79 cm, berat, berat badan : 10 kg, menganjurkan orang tua untuk tetap memperhatikan makan-makanan yang bergizi pada anak, monitoring : anak telah makan nasi, sayur, tempe dan daging ayam. Menganjurkan orang tua untuk tetap mempertahankan istirahat yang cukup dan teratur pada anak seperti tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam sehari, monitoring: ibu bersedia mengikuti anjuran yang di berikan. Mengobservasi tetesan infus, monitoring: infus jalan lancar dengan tetesan 20x/menit. Mengobservasi tetesan yang masuk dan keluar, monitoring : melanjutkan terapi dengan dokter yaitu: cefotaxime 2x1 secara IV, parasetamol sirup 3x1, cotrimoxazole 2x1 secara IV,

oralit, ranitidin, zink, obat telah diberikan. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan, monitoring: hasil pemeriksaan telah di dokumentasikan.

Pada tanggal 19 Mei 2017 pukul 08.00 wita pasien anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang. Pada pemeriksaan KU pasien baik, kesadaran komposmetis, suhu:37°C, RR: 35x/menit N:115x/menit Observasi input sudah dilakukan, dipeoleh hasil : Anak D.K makan nasi dan sayur dengan porsi sedikit, minum oralit, minum air putih 4 gelas, obat yang diberika sudah di minum dan terpasang infus 20 tpm pada tangan kanan.

Pada tanggal 20 mei 2017 pukul 13.00 wita Ibu mengatakan anaknya BAB 2 kali dalam satu hari, konsistensinya cair, disertai ampas dan anaknya tidak terlalu lemas dan masih rewel, anaknya mau minum banyak air putih dan makannya sedikit. keadaan umum baik, kesadaran : composmentis, suhu:36,8°C, RR: 28x/menit N:110x/menit, muka tidak pucat conjungtiva merah muda sklera putih mata sudah tidak cekung, perut tidak kembung turgor pada perut jika di cubit kembalinya normal dan pada tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm menganjurkan ibu untuk tetap memberikan anaknya minum air putih yang banyak dan Meneruskan terapi obat, Mengobservasi pola BAB meliputi frekuensi dan konsistensi.

## VI. Evaluasi

Mengevaluasi semua tindakan yang telah di lakukan pada anak D.K dengan diare dehidrasi ringan pada hari selasa, tanggal 21 Mei 2017, jam : 14.10 wita. S: ibu mengatakan anaknya masih lemas. O: KU : lemah, kesadaran : composmentis, TTV: S: 38°C, N: 115x/menit RR:35x/menit. An D.K umur : 2 tahun dengan diare dehidrasi ringan. P : 1. Anjurkan orang tua anak

untuk tetap memberikan makan dan minum pada anak. 2. Anjurkan orang tua anak untuk tetap memperhatikan pola istirahat anak 3. Anjurkan orang tua anak untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memberi makan pada anak. 4. Lanjutkan terapi sesuai instruksi dokter yaitu : infus RL 20 tpm, cefotaxime 2x1 secara IV, parasetamol 3x1, cotrimoxazole 2x1 secara IV, oralit, ranitidin, zink.

#### **4.2 Pembahasan**

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang selama 3 hari penulis akan membahas tentang kesenjangan yang terdapat dalam tinjauan teori dengan kenyataan yang penulis temukan sejak melakukan pengkajian, interpretasi data, diagnose potensial, antisipasi, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, penulis diuraikan sebagai berikut.

##### **1. pengkajian**

Pada kasus anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang, data subjektif yang diperoleh penulis : anak BAB encer sebanyak 5 kali, dan muntah 2 kali dalam satu hari, nafsu makan dan aktifitasnya menurun. Setelah mengalami gejala seperti itu anak tidak mau makan. Data objektif : keadaan umum anak lemah, suhu badan tubuh S:38°C, berat badan 10 kg, mata cekung, mukosa bibir kering, turgor kulit saat kulit bagian perut di cubit pengembalian kulit seperti semula melambat, bising usus(+) meningkat abdomen kembung. anus lecet dan kemerahan hal ini sesuai dengan teori yang penulis peroleh yaitu berdasarkan teori (Ngastiyah,2012:224) Data subyektif dan data obyektif yang diperoleh penulis, sesuai dengan gejala yang dialami anak D.K Dalam teori yang ditulis oleh (Yongki dkk,2012).

Diare adalah frekuensi buang air besar dengan konsistensi cair lebih dari 3 kali/hari pada anak, yang disebabkan oleh peristaltik usus meningkat, karena mengkonsumsi makanan basi, beracun dan sayuran yang dimasak kurang matang dapat menyebabkan usus kurang optimal dalam menyerap makanan sehingga terjadi diare dengan menimbulkan tanda dan gejala seperti anak gelisah, rewel karena perutnya tidak nyaman/sakit. suhu tubuh meningkat karena terjadi infeksi pada saluran pencernaan, mata cekung karena kehilangan sebagian besar cairan dari tubuh, keadaan umum anak lemah karena pengeluaran tinja yang berulang, penurunan turgor kulit karena dehidrasi yang mengerakan cairan interstitial ke tempat vascular untuk mempertahankan volume darah sirkulasi, menyebabkan kekenduruan pada lapisan dermal kulit, anak muntah karena lambung turut meradang akibat gangguan keseimbangan asam basah dan anus lecet karena sering buang air besar dan anus kemerahan karena memakai pempres.

## **2. Analisa masalah dan diagnosa**

Data yang diperoleh penulis adalah data subjektif: anak BAB encer sebanyak 5 kali, dan munta 2 kali dalam satu hari, anak rewel disertai dengan suhu tubuh panas, seperti mengalami gejala seperti itu anak tidak mau makan. Data objektif yang diperoleh penulis : keadaan umum anak lemah, suhu tubuh S:38°C, berat badan 10 kg, mata cekung, mukosa bibir kering, turgor kulit, pada kuliat bagian perut saat di cubit pengembalian kulit kembali seperti semula melambat, bising usus(+), abdomen kembung, anus lecet dan kemerahan.

Berdasarkan klasifikasi diare dalam buku MTBS tahun 2015, didiagnosa diare dehidrasi ringan/sedang jika memiliki dua atau lebih. Tanda

gejala seperti : gelisah, mata cekung, haus, minum dengan tahap dan cubitan kulit perut kembali lambat. analisa masalah dan diagnosa yang penulis tegakkan adalah anak D.K dengan diare dehidrasi sedang, karena penulis memperoleh 3 tanda bahaya klasifikasi diare dehidrasi sedang yaitu anak gelisah, mata cekung dan turgor kulit menurun.

### **3. Analisa masalah potensial**

Analisa masalah dan diagnosa pada kasus anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang, analisa masalah potensial yang bisa terjadi adalah terjadinya dehidrasi berat, menurut Hidayat tahun 2008, terjadi dehidrasi berat jika kekurangan cairan mencapai 30% atau sekitar 3000 ml.

### **4. Tindakan segera**

Tindakan segera pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang dilakukan tindakan kolaborasi dengan dokter, untuk pemberian antibiotik. hal ini sesuai dengan yang dikatakan Ngastiyah (2005), kebutuhan tindakan segera yang dilakukan pada anak dengan diare antara lain kolaborasi dengan spesialis anak, yaitu pemberian antibiotik berupa pemberian infus, oralit, parasetamol, vitamin B1 dan zink.

Berdasarkan pedoman MTBS tahun 2015 adalah retraksi yaitu pemberian oralit dan pemberian obat. oralit adalah campuran garam elektrolit seperti natrium klorida (NaCl). Dan trisodium sitrat hidrat, serta glukosa, oralit diberikan untuk mengganti cairan dan elektrolit dalam tubuh yang terhubung saat diare. walaupun air hangat penting untuk mencegah dehidrasi, air minum tidak mengandung garam elektrolit oralit. Campuran oralit yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit dalam tubuh sehingga lebih diutamakan oralit. campuran glukosa dan garam yang terkandung dalam oralit dapat diserap baik oleh usus

penderita diare suplemen zinc merupakan salah satu cara yang dimanfaatkan untuk membantu mengatasi diare, bersamaan dengan pemberian cairan untuk dehidrasi. suplemen zinc diketahui mampu mencegah terulangnya diare pada anak.

## **5. Perencanaan**

Pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang perencanaannya berupa observasi keadaan umum, observasi pola BAB, anjurkan ibu untuk memberikan anak banyak minum air putih, berikan nutrisi yang mengandung cukup energi dan terapi sesuai advis dokter berupa oralit 100 cc 3x1, molagit 15,7 mg 3x1, paracetamol 300 mg 3x1, vitamin B1 60 mg ndan zink 20 mg 1x1. pada langkah ini terdapat kesenjangan antara teori.

Menurut FKUI(2006), perencanaan pada anak sakit diare dengan diare dehidrasi sedang meliputi pencegahan hipotermi, pemberian ASI secara langsung atau tidak, pemberian antibiotik dan pemberian infus RL atau NaCL 150 ml/hari, 1/4 nya diberikan 4 jam pertama, /4nya diberikan 20 jam berikutnya

## **Pelaksanaan**

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan pada orang tua pasien yaitu:  
Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, suhu 38°C, N: 115x/menit, RR:35x/ menit.
- 2) Menjelaskan pada orang tua tentang tanda bahaya diare yaitu:mual muntah yang berlebihan, anak tidak mau makan dan minum, pusing dan lemah atau lemas, kejang.
- 3) Melakukan rehidrasi pada anak baik oral maupun parenatal yaitu:1 saset oralit di larutan dalam satu gelas air matang yang hangat



diberikan pada anak setelah BAB, cotri 2x240 mg dalam sehari, zinc 1x20 mg dalam sehari, domperidon 2x5 mg dalam sehari, paracetamol 3x250 mg dalam sehari, pemberian cairan infus RL dengan 12 tetes per menit.

## 6. Evaluasi

Pada kasus anak D.K umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang di lakukan perawatan di RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes kupang selama 4 hari. didapatkan hasil keadaan umum anak baik. Kesadaran composmentis, dari pelaksanaan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang telah membaik dan tidak mengalami komplikasi yang berat.

### Catatan perkembangan hari ke pertama

Tanggal :19 mei 2017

Jam :09.00 wita

Diagnosa :anak umur 2 tahun dengan diare dehidrasi sedang

**S:** Ibu mengatakan anaknya BAB 5 kali dalam satu hari, konsistensinya cair, anaknya masih lemas dan rewel, anaknya sering haus dan makannya sedikit.

**O:**keadaan umum baik, kesadaran : composmentis, suhu : 38°C, RR: 35x/  
N:115x/menit, muka tampak pucat conjungtiva merah muda sklera putih, mata cekung, perut kembung turgor pada perut jika di cubit kembalinya agak lama dan pada tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm

**A:**anak D.K Umur 2 tahun jenis kelamin perempuan dengan diare dehidrasi sedang

**P:** tanggal 19 mei 2017

1. Jam 09.15 WITA : mrngobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital
2. Jam 09.25 WITA : Mengobservasi input dan nutrisi berupa cairan misalnya cairan infus
3. Jam 09.27 WITA : Mengobservasi pola BAB meliputi frekuensi dan konsistensi
4. Jam 09.32 WITA : Memberikan anak air putih untuk minum yang banyak
5. Jam 09.37 WITA : Meneruskan terapi dokter

**E:**tanggal:19 mei 2017

Jam:12.00 wita

1. Kedaan umum baik,suhu:37°C, RR: 35x/ N:115x/menit
2. Observasi input sudah dilakukan,dipeoleh hasil:  
  
Anak D.K makan nasi dan sayur dengan porsi sedikit,minum oralit,minum air putih 4 gelas,obat yang diberika sudah di minum dan terpasang infus 20 tpm pada tangan kanan.
3. Anak D.K BAB 1 kali dengan konsistensi cair wara kuning kecoklatan pada pukul 16.00 tita dan sudah tidak muntah
4. Memberikan banyak minum air putih pada anak
5. Terapi dokter masih diteruskan

### **Catatan perkembangan hari ke kedua**

Tanggal :20 mei 2017

Jam :13.00 wita

**S:** Ibu mengatakan anaknya BAB 2 kali dalam satu hari, konsistensinya cair, disertai ampas dan anaknya tidak terlalu lemas dan masih rewel, anaknya mau minum banyak air putih dan makannya sedikit.

**O:** keadaan umum baik, kesadaran: composmentis, suhu: 36,8°C, RR: 28x/ menit  
N: 110x/menit, muka tidak pucat conjungtiva merah muda sklera putih, mata sudah tidak cekung, perut tidak kembung turgor pada perut jika di cubit kembalinya normal dan pada tangan kanan terpasang infus RL 20 tpm

**A:** anak D.K Umur 2 tahun jenis kelamin perempuan dengan diare dehidrasi sedang

**P:** tanggal 20 Mei 2017

1. Jam 13.20 WITA: menganjurkan ibu untuk tetap memberikan anaknya minum air putih yang banyak
2. Jam 13.25 WITA: Meneruskan terapi obat
3. Jam 13.35 WITA: Mengobservasi pola BAB meliputi frekuensi dan konsistensi
4. Jam 13.40 WITA: Mengobservasi tetapan infus

**E:** tanggal: 20 Mei 2017

Jam: 17.00 wita

1. Anak sudah minum air putih 3 gelas
2. Puyer sudah diminum
3. Anak D.K sudah BAB 1 kali pukul 15.40 wita dengan konsistensi cair disertai ampas
4. Tetapan infus 20 tpm
- 5.

### **Catatan perkembangan hari ke tiga**

Tanggal :21 mei 2017

Jam :10.00 wita

**S:** Ibu mengatakan anaknya BAB 1kali, konsistensinya lembek disertai ampas, anaknya tidak lemas lagi dan tidak rewel, aktifitas sudah seperti biasa dan nafsu makan sedang meningkat. dan hari ini diperbolehkan pulang

**O:**keadaan umum baik, kesadaran :composmentis, suhu:36°C, RR: 25x/ N:100x/menit, muka tidak pucat conjungtiva merah muda sklera putih, mata tidak cekung, perut tidak kembung turgor kulit normal.

**A:**anak D.K Umur 2 tahun jenis kelamin perempuan dengan diare dehidrasi sedang

**P:** Tanggal 21 mei 2017

1. Jam 10.15 WITA:mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital sudah dalam batas normal
2. Jam 10.20 WITA: Mengajukan ibu untuk selalu menjaga kebersihan tubuh anaknya supaya terhindar dari bakteri penyebab diare
3. Jam 10.25 WITA:menganjurkan ibu untuk selalu mengawasi makanan yang di konsumsi oleh anak
4. Jam 10.28 WITA:Memberikan terapi obat sesuai anjuran dokter
5. Jam 10.38 WITA:Megajari ibu cara membuat larutan gula garam di rumah apabila anak mengalami diare
6. Jam 10.45 WITA:menganjurkan ibu untuk kontrol ulang anaknya 3 hari lagi

E:tanggal:21 mei 2017

Jam:13.00 wita

1. Kedaan umum dan tanda-tanda vital dalam batas normal
2. Ibu bersedia untuk selalu menjaga kebersihan tubuh anaknya supaya terhindar dari bakteri penyebab diare
3. Ibu bersedia untuk mengawasi setiap makanan yang dikonsumsi oleh anak
4. Terapi obat dirumah sudah diberikan
5. Ibu sudah mengerti cara membuat larutan gula garam sendiri dirumah
6. Ibu bersedia untuk kontrol ulang

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Simpulan**

Setelah dilaksanakan asuhan kebidanan pada anak dengan diare dehidrasi sedang di ruangan kenanga RSUD Prof. Dr .W. Z. Johannes Kupang dengan pendekatan manajemen 7 langkah Varney dan pendokumentasian asuhan kebidanan, maka dapat disimpulkan :

1. Pengkajian pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang yaitu pada data subjektif ibu mengatakan bahwa anaknya mencret sejak pukul 09.20 wita sebanyak 5 kali perhari dan muntah sebanyak 2 kali tetapi pada waktu tertentu dan badan anak terasa panas. Berdasarkan data subjektif KU anak baik, data objektif : Suhu:38°C, RR : 35x/menit N:115x/menit. mata cekung mulut tampak kering, turgor pada perut jika dicubit kembalinya lama
2. Interpretasi data yang ada meliputi diagnosa dan masalah. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan diagnosa medis adalah anak dengan diare dehidrasi sedang masalahnya adalah anak rewel, nafsu makan dan aktifitasnya menurun dan disertai dengan muntah 2 kali dalam satu hari
3. Diagnosa potensial pada anak D.K dengan diare dehidrasi sedang yaitu diare dengan dehidrasi berat tetapi pada kasus ini tidak terjadi diare dengan dehidrasi berat karena antisipasi serta tindakan yang cepat dan tepat.

4. Tindakan segera pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang yaitu, tindakan segera dilakukan oleh bidan adalah tindakan mandiri dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi, beupa oralit, paracetamol, vitamin b1 dan zink. sehingga masalah potensial tidak terjadi.
5. Pada perencanaan asuhan kebidanan khususnya kasus anak dengan diare dehidrasi sedang, asuhan yang diberikan meliputi : informasikan hasil pemeriksaan, observasi TTV dan tetesan infus, makan minum, personal hygiene, pemberian terapi, istirahat.
6. Pelaksanaan asuhan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang yaitu : menginformasikan hasil pemeriksaan, mengobservasi TTV, makan-minum, personal hygiene, kolaborasi dengan pemberian terapi infus RL 20 tpm, cefotaxime 2x1 secara iv, paracetamol 3x1, cotrimoxazole 2X1 secara iv, oralit. pola istirahat, mobilisasi bertahap untuk membantu proses pemulihan penyakit diare.
7. Evaluasi asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang. tidak terjadi komplikasi pada anak, sehingga anak pulang dengan keadaan baik.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Penulis**

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan dalam menyediakan asuhan kebidanan komperhensif pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang

### **5.2.2 Bagi Profesi**

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan ketrampilan dalam memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang

### **5.2.3 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang.

### **5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan**

Diarapkan untuk lebih memperbanyak referensi atau sumber bacaan diperpustakaan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus anak dengan diare dehidrasi sedang.



## DAFTAR PUSTAKA

Nursalam.2005.*asuhan keperawatan bayi dan anak untuk perawat dan bidan.*

Edisi 1,jakarta:salemba medika.

Priharjo,robert.2007. *asuhan keperawatan*.jakarta:EGC.

Matondang,dkk.2013.*diagnosis fisis pada anak*.edisi ketiga,jakarta:PT.

Sagung Seto

DepKes RI. 2008.*manajemen terpadu balita sakit*.jakarta:bina pustaka.

Hidayat,A.A.2011.*ilmu kesehatan anak untuk pendidikan kebidanan*.jakarta

salemba medika

Hidayat 2010.*metodologi penelitian* jakarta:erlangga

Manuaba, 2007. gawat darurat obstetri ginekologi sosial untuk profesi

bidan. jakarta:EGC

Nursalam,2008.asuhan keperawatan bayi dan anak untuk perawatan dan

Bidan edisi 1,jakarta: salemba medika

Notoatmodjo.2010.*Metodologi penelitian kesehatan*.jakarta:rineka cipta.

Kemenkes. 2011. *Balita, Diare, penyebab dan komplikasinya*. Available online at :[http://www. infopenyakit. com/2012/08/penyakit-diare.html](http://www.infopenyakit.com/2012/08/penyakit-diare.html). diakses tanggal 8 desember 2014

Depkes RI .2005.*Stimulasi,Deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang anak*  
Jakarta:bida pustaka

## LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri iKupang

Di Tempat

Dengan Hormat

Saya mahasiswi kebidanan STIKes CHM-Kupang jalur umum angkatan VII mengadakan studi kasus pada Anak D.K umur 2 Tahun dengan diare dehidrasi sedang. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerjasamanya saya ucapkan terimah kasih.

Hormat Saya,

(ade milka koen)

## **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul : Asuhan Kebidanan pada Anak D.k Dengan Diare Dehidrasi Sedang di  
Ruangan kenanga RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang tanggal 19  
S/D 21 september 2017

Peneliti :Ade milka koen

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsure paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 19 september 2017

Responden

( An.D.K)



**ASUHAN KEBIDANAN PADA ANAK D.K UMUR 2 TAHUN**  
**DENGAN DIARE DEHIDRASI SEDANG DIRUANGAN KENANGA RSUD**

**Prof.W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 18, 22 MEI 2017**

**I. PENGKAJIAN**

Tanggal : 18-05- 2017  
oleh : ADE MILKA KOEN  
Jam : 10.30 Wita

**A. DATA SUBYEKTIF**

**1 BIODATA**

a. Nama anak : An.D.K

Umur : 2 tahun

jenis kelamin :perempuan

b. Orang tua

Nama ibu : Ny. H.L.

R.B.

Umur :24

tahun

Pendidikan :SMA

SMA

Agama : kristen

kristen

Nama Ayah : Tn.

Umur :25

Pendidikan :

Agama :

Pekerjaan : IRT Pekerjaan :  
Swasta  
Alamat :Pasir panjang Alamat  
:pasir panjang

KELUHAN UTAMA :Ibu mengatakan bahwa pada tanggal 18-05-2017 pukul 09.20 wita sampai pukul 22.35 wita anaknya buang air besar kurang lebih 5 kali dan encer, badannya lemas nafsu makan dan aktifitas menurun disertai muntah 2 kali dalam 1 hari pada waktu-waktu tertentu.

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG : ibu mengatakan bahwa pada tanggal 18-05-2017, sejak pukul 09.20-WITA, Anaknya BAB encer dan muntah 2 kali kali dalam 1 hari pada waktu-waktu tertentu. pada pukul 09.20 WITA sejak mengalami gejala seperti itu anak tidak mau makan.

## **2 RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN**

a.Antenatal care

b.Natal care

usia kehamilan :40 minggu  
penolong/tempat :bidan  
keadaan waktu lahir :sehat  
cara melahirkan :spontan pervaginam  
berat badan :3000 gram

## **3 RIWAYAT IMUNISASI**

a. BCG : Sudah di berikan  
b. DPT 1,2,3 : sudah di berikan

- c. POLIO : sudah di berikan
- d. Hepatitis 1,2,3 : sudah di berikan
- e. Campak : sudah di berikan

#### **4 RIWAYAT SOSIAL :**

- a. Yang mengasuh :kedua orang tua kandung
- b. Hubungan dengan anggota keluarga :baik
- c. Pembawaan secara umum :baik

#### **5 POLA PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR**

##### **a. Nutrisi**

- Jenis makanan : Nasi, bubur, biskuit, sayur
- Frekuensi : 2 kali
- Nafsu Makan : kurang baik

##### **b. Eliminasi**

###### **➤ BAB**

- Warna : Kuning
- Bau : khas feses
- Konsistensi :cair
- Frekuensi :5 kali/hari

###### **➤ BAK**

- Warna :kuning
- Bau :khas amoniak
- Frekuensi :1-2 kali/hari

##### **c. Istirahat dan Tidur**

- Tidur siang : 2 jam /hari
- Tidur malam: 5-6 jam/hari.kadang bangun tengah malam

#### **d. Kebersihan diri**

- Mandi : 2 x/hari
- Gosok gigi : 1 x/hari
- Ganti pakaian dalam : 2 x/hari atau bila basah

### **6 DATA OBYEKTIF**

#### **1. PEMERIKSAAN UMUM**

- Keadaan umum : lemah
- Kesadaran : Composmentis
- TTV : S:38,N:115X/menit ,RR:35x/menit
- BB sebelum sakit : -
- BB saat ini : 10 kg

#### **2. PENGKAJIAN FISIK**

##### **Inspeksi dan palpasi**

- Kepala : bersih, tidak ada benjolan atau luka
- Rambut : bersih, tidak rontok
- Wajah : bulat, tidak ada oedema
- Mata
  - Conjunctiva : merah muda
  - Sklera : putih
  - Cekung : Tidak ada
- Telinga
  - Simetris : iya



- Serumen : tidak ada

➤ Hidung, mulut dan tenggorokan

- Polip : tidak ada
- Secret : tidak ada
- Caries : tidak ada
- Stomatitis : tidak ada

➤ Dada

- Mammae : simetris

➤ Abdomen

- Pembesaran/massa : tidak ada
- Nyeri tekan : tidak ada
- Bekas luka operasi : tidak ada

## **II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA**

Anak Dengan Diare Dehidrasi Ringan

## **III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL**

Resiko terjadinya dehidrasi berat

## **IV. TINDAKAN SEGERA**

Tindakan segera adalah untuk memperbaiki keadaan umum. kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan intravena.

## **V. PERENCANAAN**

Tanggal : 18-05-2017

Jam : 11.00 wita

Dx : Anak D. K umur 2 tahun dengan diare

### **1. Lakukan pendekatan pada pasien dan keluarga**

R/ pendekatan pada komunikasi yang baik dapat membuat pasien dan keluarga lebih kooperatif

### **2. Lakukan observasi keadaan umum dan TTV dan informasikan hasil pemeriksaan pada ibu tentang keadaan anaknya.**

R/ TTV merupakan parameter untuk mendeteksi adanya kelainan pada tubuh dan informasi yang diberikan bertujuan agar ibu dan keluarga dapat mengerti tentang kondisi anaknya saat ini.

### **3. Motivasi ibu untuk menjaga personal *hygiene anaknya* (kebersihan diri).**

R/ dengan personal hygieneyang baik dapat mencegah bakteri, virus dan parasit penyebab diare

4. Memerlukan nutrisi anak dan tetap memperhatikan anak makan minum sesuai kebutuhan sehari-hari, sedikit tapi sering dan beri oralit atau larutan LLG setiap kali anak selesai muntah dan mencret.

R/ nutrisi yang cukup dapat mempercepat proses penyembuhan serta oralit atau larutan LLG berfungsi untuk membantu mengganti cairan yang hilang sehingga membantu menghentikan diare.

5. Memberitahukan ibu untuk mengompres anaknya dan memakaikan baju yang tipis

R/ baju yang tipis dapat menyerap keringat sehingga suhu anak dapat turun

6. Memberikan makanan pada anak tidak boleh yang berminyak

R/Makanan yang berminyak dapat mengundang mual bahkan sampai muntah.

7. Menganjurkan ibu untuk memberikan anaknya diet rendah serat

R/ Diet rendah serat dapat mengurangi kerja peristaltik usus sehingga dapat mengurangi diare.

8. Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi

R/terapi yang sesuai dapat mempercepat proses penyembuhan.

9. cara pemberian obat pada anak

R/pemberian obat sesuai dosis dan teratur dapat mempercepat proses penyembuhan.

10. memberikan obat pada anak sesuai dosis yang ditentukan

R/pemberian obat yang tepat dan sesuai dosis dapat mempercepat proses penyembuhan.

## VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 18-05-2017

Jam : 11.20 wita

Dx : Anak D. K umur 2 tahun dengan diare

1. Melakukan pendekatan dengan pasien dan keluarga
2. Melakukan observasi keadaan umum dan TTV
3. Menjelaskan dan memotivasi ibu untuk menjaga *pesona hygiene* (kebersihan diri) anak.
4. memperhatikan kebutuhan nutrisi anak dengan tetap memperhatikan anak makan minum sesuai kebutuhan perhari, sedikit tapi sering dan beri oralit setiap kali anak selesai muntah dan mencret.
5. Tidak boleh memberikan makanan yang berminyak pada anak
6. memberikan anaknya diet rendah serat seperti sayur dan buah buahan.
7. Melakukan kolaborasi dengan tim medis(Dokter) dalam pemberian terapi
8. Setelah BAB, cotri 1 tablet dalam sehari diberikan setelah makan, zink 2 tablet mdalam sehari dengan 2 kali pemberian yaitu 1 tablet pagi dan 1 tablet malam diberikan setelah makan, dan peridon 1 tablet dalam sehari dengan 2 kali pemberian yaitu  $\frac{1}{2}$  tablet diberikan setelah makan,paracetamol  $1\frac{1}{2}$  tablet dalam sehari dengan 3 kali pemberiannya itu  $\frac{1}{2}$  tablet pagi,  $\frac{1}{2}$  tablet siang  $\frac{1}{2}$  tablet malam diberikan setelah makan dan pemberian cairan infus RL dengan 12 tetes permenit

9. memberikan obat pada anak sesuai dosis yang ditentukan serta memberikan larutan oralit pada anak setiap kali mencret.

## **VII. EVALUASI**

Tanggal :16-05-2017

Jam :1130 witta

Diagnose: Anak D.K Dengan diare dehidrasi ringan

1. Agar terjalin hubungan baik dan petugas kesehatan
2. Keadaan umum baik,hasil observasi TTV yaitu suhu badan 38°C,nadi:115x/ menit,pernafasan:35x/menit
3. Ibu mengerti dan bersedia menjaga personaa hygiene (kebersihan diri) pada anaknya.
4. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan sudah memberikan anaknya minum air.
5. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
6. Ibu menerima anjuran yang diberikan dan sudah memberikan diet rendah serat pada anaknya.
7. Sudah melakukan kolaborasi dengan doktetr untuk pemberian terapi pada anak.
8. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
9. Ibu mengerti dan menerima anjuran yang diberikan